Rok XLII. Kraków 27 Czerwca 1903. Nr. 26.


# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.


## I. Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce lekarskiej.


Podał

**Prof. Dr. A. Mars.**


Zbadanie istoty chorób zakaźnych, odkrycie drobnoustrojów chorobotwórczych, to niewątpliwie najważniejsza, najcenniejsza i najdonioślejsza zdobycz w dziedzinie nauk lekarskich, jaką się poszczycić może druga połowa ubiegłego stulecia. Wielu z nas pamięta czasy, w których się te odkrycia tworzyły. Zrazu nie zdawaliśmy sobie należycie sprawy z ich doniosłości i przyjmowali je dość obojętnie; niebawem atoli praktyczne ich zastosowanie pouczyło nas, jakie to olbrzymie dzieło, które nas już daleko zawiodło i dalej jeszcze zaprowadzić może. Postęp nauk lekarskich, tak szybki w ostatnich dziesiątkach lat, o którym się wciąż mówi i słyszy, zawdzięczamy niewątpliwie tym odkryciom. Jeżeli się oglądniemy poza siebie, jeżeli sobie przypomnimy, jakie zasady istniały w nauce jeszcze przed 30 laty, to musimy powiedzieć, że nastąpił istotny przewrót, że stosunki zmieniły się nie do poznania. Dzisiaj niema żadnego działu w szeregu nauk lekarskich, na któryby te odkrycia nie wywarły swego wpływu. Co więcej, powstał nowy dział nauki: bakteryologia, a higiena rozwinęła szeroko swój zakres. Wszystkie nauki kliniczne okazują od tego czasu bardzo znaczny postęp, najwidoczniejszy w dziedzinie chirurgii, w której się zaznaczał, rzec można, niemal z dnia na dzień z niebywałą szybkością. Dzisiaj wykonywamy zabiegi operacyjne tak śmiałe, o jakich dawniejsi chirurgowie nawet nie marzyli, a co ważniejsza, dokonywamy ich z takimi wynikami, jakimi nauka dawniej nigdy poszczycić się nie mogła.

Dziwić się ktoś może, dlaczego mówię o rzeczy powszechnie znanej i wiadomej; otóż czynię to dlatego, bo sądzę, że nie wszyscy koledzy zdają sobie sprawę z ogromu tego postępu, a mam na myśli najmłodszych i tych, którzy po nas przyjdą. Tylko ci, którzy ostatnie czasy pamiętają, przed których oczyma ten nagły rozwój nauk lekarskich się dokonał, są w stanie należycie go ocenić. Takich pokoleń, któreby takie przewroty w naukach lekarskich widziały, jak to, do którego się zaliczam, sądzę, medycyna niewiele naliczyćby mogła i dlatego też tem silniej ten postęp wiedzy lekarskiej zaznaczyć pragnę.

Zastanawiając się nad wynikami, do jakich doszliśmy dzisiaj w chirurgii, a temsamem w ginekologii i położnictwie, niejednokrotnie przychodziło mi na myśl, że nasze dzisiejsze wyniki są tak świetne, że już o bardzo wiele lepsze chyba być nie mogą, że się przybliżamy prawie do warunków idealnych. Myśli takie rodzić się mogą tylko pod wpływem ogromu i nagłości postępu i dopiero zimna rozwaga otrzeźwia umysł i pokazuje nowe widnokręgi, nowe drogi i nowe obszerne pole do postępu. Nauki lekarskie święciły wiele, bardzo wiele odkryć; następowały przewroty w pojęciach, tworzyły się nowe poglądy, nowe kierunki, które najczęściej ustępowały miejsca innym i nie wiele było między nimi takich, któreby się ostały na zawsze. Te odkrycia, o których mowa, należą do takich doniosłych i niewzruszonych; bo chociażby zaszły w nauce najznaczniejsze zmiany, to rdzenne pojęcia podstawowe pozostać muszą. Nauka musi postępować i musi się zmieniać i niewątpliwie nieodległa przyszłość przyniesie nam inne kierunki, aniżeli te, które dzisiaj mamy; to jednak rzeczy nie zmienia i pewniki raz zdobyte będą tylko podłożem do dalszego rozwoju.

Walka z drobnoustrojami chorobotwórczymi stworzyła w praktyce lekarskiej najpierw postępowanie przeciwgnilne, a na tem ostatniem wykształciło się postępowanie bezgnilne, które dziś panuje w nauce. Już dzisiaj istnieją nowe prądy, które zapowiadają nowe postępy, a rodzą się z poprzednich; mimo to te, które dzisiaj przodują, nie ustąpią z widowni, bo gdyby się wszystko zmieniło, to już ze względów etycznych i estetycznych rdzenne pojęcie czystości, a tem samem i jałowego postępowania, utrzymać się musi. Zdolność samozachowawcza ustroju zwierzęcego, odporność w walce z istotami chorobotwórczemi, to pole dla nowych kierunków, na którem już po dziś dzień nie jedno zrobiono i na którem się nowe postępy w nauce zapowiadają. Może ten nowy kierunek przyćmi znaczenie dzisiejszego ogólnie przyjętego postępowania bezgnilnego, jak na dziś atoli stoi ono niewzruszenie.

Do obowiązków naszych w medycynie praktycznej należy dążność do postępu i rozwoju w nauce; nie mniejszym jednak naszym obowiązkiem jest dążenie do tego, aby to, co nauka już przyniosła, co za pewne i dobre uznała, w jak najszerszych rozmiarach wprowadzić w życie. Zasadom ogólnie przyjętym musimy być wierni, dopokąd ich niezastąpią pewniejsze i lepsze.

Jak już zaznaczyłem, obecnie w medycynie praktycznej kierunek postępowania bezgnilnego jest we wszystkich jej gałęziach przyjęty, rzec można jest panujący. Kliniki uniwersyteckie i dobrze urządzone oddziały szpitalne posiadają ściśle obmyślaną i przeprowadzoną organizacyę w tym celu. Pojęcia, dotyczące tego postępowania, dostatecznie i powszechnie są znane przez ogół świata lekarskiego, co więcej — są znane bodaj z imienia szerszej publiczności, a mimo to nie wszędzie jeszcze dotarły, gdzie dotrzeć były powinny, nie wszędzie wchodzą w praktyczne zastosowanie, gdzieby wchodzić powinny, a co najważniejsze, że lepiej są znane i rozumiane, aniżeli bywają wykonywane. Według mego

przekonania istnieje ogólne nieporozumienie, które jest tego przyczyną i to jest okoliczność, która mnie skłoniła do zajęcia uwagi czytelników „Przeglądu lekarskiego“.

Niejednokrotnie się przekonałem, stykając się z kolegami w praktyce, że w rozmowach koleżeńskich kwestya postępowania bezgnilnego bywa poruszaną bardzo często. Najczęściej kolega zagadnięty zaznacza, że co do postępowania bezgnilnego rzecz tę zna doskonale, rozwija bardzo znaczny zasób wiadomości, żaden szczegół nie zdaje mu się być obcym, twierdzi, że postępowanie jego jest nienaganne, żali się tylko, że usiłowania jego czasami muszą się rozbijać o warunki społeczne, w których pracuje, że zasad, któremi jest przejęty, nie może przeprowadzić w tych warunkach w praktyce i to tylko jest powodem, że czasem mu się zdarza niepowodzenie. Gdy się idzie z tym kolegą do wspólnego działania, spostrzega się, że w postępowaniu bezgnilnem popełnia błędy i usterki, na które, jeżeli się zwróci uwagę, najczęściej milczy, czuje się dotkniętym, a uwagi czynione wydają mu się przesadzone, albo się dziwi, że to lub owo stać się mogło.

Temat ten, jak mi powiadano, bywa często przyczyną sporów koleżeńskich, rozdwojenia i rozgoryczenia. Jak to zwykle i gdzieindziej w życiu bywa, swoich błędów się nie widzi, zato cudze się łatwo dostrzega, a jeżeli się je wytyka, to i spór gotowy.

Daleki jestem od tego, abym zarzucić chciał komukolwiek z kolegów nieuctwo, niesumienność, albo złą wolę; owszem, jestem wręcz przeciwnego zdania, gdyż jestem przeświadczony, że każdy niemal z kolegów szeroko po kraju rozrzuconych działa, postępuje i myśli w dobrej wierze, każdy postępowanie bezgnilne rozumie, zasady zna, zastosować je zawsze pragnie i sądzi dobrze, a jeżeli wykonanie szwankuje, to nie jego w tem wina, ale ogólnego nieporozumienia, które wykazać pragnę.

Zasady postępowania bezgnilnego są tak proste i pojedyncze, tak łatwo zrozumiałe, że żaden lekarz nie może mieć trudności w przyswojeniu sobie wyobrażenia o tym kierunku. Są to zasady bezwzględnej czystości, które i prostaczkom są zrozumiałe i szerokim masom do pewnego stopnia są znane. Część oświecona publiczności wie dobrze, że postępowanie bezgnilne jest rzeczą bardzo ważną, że przez lekarzy powinno być przestrzegane. Lekarze o tem wiedzą, że publiczność jest świadoma rzeczy i że od lekarzy wymaga, aby się posługiwali tem postępowaniem. Każdy lekarz widzi codziennie, że wyniki przy postępowaniu bezgnilnem są świetne, że posługiwanie się niem w praktyce jest bardzo korzystne.

Wobec tego własny dobrze zrozumiany interes, jeżeli nie zamiłowanie do nauki, zniewala każdego lekarza do tego, aby się jak najlepiej zapoznał z postępowaniem bezgnilnem.

Wiemy, jak skwapliwie lekarze notują sobie wiadomości o nowych lekach, którym bywają przypisywane pewne własności, chociaż wiedzą, że te wiadomości nie zawsze pewne, a nowe leki często zawodzą. Tem skwapliwiej też notują wszystko, co się odnosi do kwestyi postępowania bezgnilnego, bo ono dotyczy nie nowostki, ale rzeczy bardzo doniosłej, ogólnie przyjętej, bez której iść dzisiaj nie można, o której publiczność wie i żąda jej od lekarza, a która przynosi lekarzowi w praktyce nieocenione korzyści.

Koledzy czytają skwapliwie prace, traktujące o postępowaniu bezgnilnem, sprowadzają broszury i dzieła, dotyczące tego przedmiotu, szczególnie zaś ci koledzy, którzy osiedlili się z dala od głównych ognisk nauki, a którym przyswajanie sobie nowych sposobów postępowania sprawia niewątpliwie pewne trudności. Wielu przypatruje się kolegom, o których słyszą, że zasady postępowania bezgnilnego ściśle zastosowują, a niektórzy udają się do szpitali, do klinik krajowych i zagranicznych, aby się rzeczy bliżej przypatrzeć. Tych ostatnich najmniej i to zupełnie naturalne, bo nie każdemu na to pozwalają już to obowiązki zawodowo służbowe, już to praktyka prywatna, już też wreszcie środki materyalne. Jedni i drudzy z kolegów zgłębiają przedmiot, zapoznają się ze szczegółami i sądzą, że im to wystarczy. Najwięcej korzystają niewątpliwie ci koledzy, którzy różne szpitale i kliniki zwiedzają i ci też najwięcej krytycznie na rzeczy się zapatrują. Większość łudzi się bezwiednie, że nad postępowaniem bezgnilnem panuje i że go w praktycznem postępowaniu ściśle przeprowadza.

Sądzę, że nie sam zrobiłem spostrzeżenie, że ci koledzy, którzy są znani jako doskonali aseptycy, którzy zasady postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego z całą ścisłością i dokładnością przeprowadzają, którzy je co dnia praktycznie wykonują, którzy nad rzeczą, rzec można, panują, mają co do swego postępowania wątpliwości i skrupuły; podczas gdy ci, których postępowanie wiele do życzenia pozostawia, są pod tym względem swobodni i pewni swego postępowania. Polega wszystko na pewnem ogólnem nieporozumieniu, które widzę w tem, że wielu kolegów uważa postępowanie bezgnilne w praktyce lekarskiej, jako dział praktycznej nauki lekarskiej, podobny do innych działów tej nauki, z którym się zapoznać, który zbadać, zgłębić i którego nauczyć się można i że to wreszcie do praktyki wystarcza. Otóż twierdzę, że tak nie jest. Postępowanie bezgnilne nie jest celem praktycznej działalności, ono jest bardzo doniosłym, ale tylko jakościowym sposobem przeprowadzania pewnych celowych czynności lekarskich. (C. d. n.).

---

## II Z oddziału ginekologicznego szpitala izraelickiego w Krakowie.

# Przyczynek do etyologii opadnięcia błony śluzowej cewki moczowej *(prolapsus urethrae)* u kobiet.

Podał
**Dr. Jan Lachs.**
kierownik oddziału.

Jeszcze w roku 1877 twierdził Winckel w swoim podręczniku „O chorobach cewki i pęcherza moczowego“, że opadnięcie błony śluzowej cewki u kobiet jest nadzwyczaj rzadkiem cierpieniem, przytaczając na dowód tę okoliczność, że jemu samemu raz tylko zdarzyło się spotkać z tem zboczeniem. Winckel rozumiał przez to jedynie opadnięcie błony śluzowej w całym obwodzie cewki, ponieważ częściowe, lub nieznacznego stopnia opadnięcie spostrzegał często. Od tego czasu zmieniły się wprawdzie zapatrywania ginekologów na nadzwyczajną rzadkość tego cierpienia; lecz i dziś jeszcze należy przyznać, że istotnie należy ono do nieczęstych cierpień kobiecych. Główna zasługa należy się w tym kierunku Kleinwächterowi, który w pracy, zatytułowanej *Der Prolaps der weiblichen Urethra* zebrał 100

przypadków tego cierpienia z spostrzeżeń własnych i z piśmiennictwa. W dalszym ciągu zaczęto się tą sprawą nieco uważniej zajmować tak, że już w roku 1895 mógł Kümmel powołać się na 150 przypadków, należących do tego zboczenia. Jeżeli do tych 150 przypadków dodamy jeszcze i późniejsze, mianowicie 8 opisanych przez Singera z kliniki Chrobaka, natenczas nie oddalimy się zbyt od prawdy, gdy przyjmiemy, że liczba przypadków opadnięcia cewki, opisanych do dnia dzisiejszego wynosi, mniejwięcej około 175. Ponieważ pierwszy tego rodzaju w piśmiennictwie znany przypadek opisany został w roku 1732, a ogółem na 170 lat przypada 175 przypadków, przeto należy jeszcze i dzisiaj ogłaszać wszelkie znaczniejszego stopnia opadnięcia cewki, gdyż tylko w ten sposób uda się zbadać ciągle jeszcze niejasną przyczynę tej choroby. Wychodząc z tego zapatrywania ogłaszamy i nasz przypadek.

Dnia 8 grudnia zgłosiła się do szpitala izraelickiego w Krakowie 68-letnia wdowa, która przybyła z małego miasteczka galicyjskiego, skarżąc się na bardzo silne parcie na mocz, oraz krwawe moczenie. Pacyentka rodziła prawidłowo i lekko 10 razy, nie roniła nigdy; miesiączkowała zawsze regularnie, a ostatni raz w 48-mym roku życia. Od tego czasu nigdy nie krwawiła i była zawsze zdrową. Kilka tygodni przed zgłoszeniem się do szpitala użalała się na bole w krzyżach, z powodu czego lekarz pacyentki założył 2 grudnia roku 1902 do pochwy krążek kauczukowy Meyera. Bezpośrednio potem zwiększyły się bole w krzyżach i w okolicy odbytnicy i wystąpiło tak silne parcie na mocz, że pacyentka musiała oddawać go co 3—5-ciu minut dniem i nocą. Mocz bezwiednie nigdy nie odpływał. W trzy dni po założeniu krążka wystąpiło uczucie pieczenia w pochwie i mocz krwawy; wszystko to spowodowało pacyentkę do przybycia do Krakowa.

Chora wchodzi na salę silnie zgarbiona i z wyrazem ciężkiego cierpienia. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej nie można wykazać żadnej nieprawidłowości. Części płciowe zewnętrzne uległy zwykłej zmianie starczej. Pomiędzy wargami sromowemi, w ich górnej trzeciej części, sterczy guz walcowaty, wielkości jaja kurzego, barwy ciemno-czerwonej, w którego przedniej powierzchni zauważyć można zagłębienie wielkości ziarnka prosa. Guz, pokryty gładką błoną śluzową, graniczy u podstawy i od góry z łechtaczką, a od dołu z zewnętrznym brzegiem przedniej ściany pochwy. Sama podstawa jest przewężona, a błona śluzowa, pokrywająca guz zbitości elastycznej i bardzo bolesny, przechodzi w błonę śluzową cewki moczowej. Cewnik, wprowadzony przez wyżej wspomniane zagłębienie, wchodzi do pęcherza i odprowadza zaledwie kilka kropel prawidłowo oddziaływającego, czystego moczu. W pochwie znajduje się twardy kauczukowy krążek Meyera. Ściany pochwy gładkie, silnie napięte, a część pochwowa, macica i części dodatkowe nie różnią się niczem od zwykłego obrazu, napotykanego zazwyczaj w częściach rodnych kobiet starych. Więzadła szerokie — wolne.

Wydobycie krążka, uciskającego dosyć silnie tylną ścianę spojenia łonowego, przedstawia znaczne trudności i jest bardzo bolesne, lecz ostatecznie udaje się. Przy badaniu wziernikiem prócz odleżyny na tylnej ścianie pochwy, pochodzącej od krążka, nie można zauważyć żadnych nieprawidłowości.

Co się tyczy rozpoznania, to przez chwilę myślano na pierwszy rzut oka o nowotworze. Złudzenie to trwało jednakowoż bardzo krótko, ponieważ wprowadzenie cewnika i ta okoliczność, że błona śluzowa guza przechodzi w błonę śluzową cewki, jakoteż niemniej, że tak szybko się rozwinął, wyjaśniły sytuacyę i nie pozostawiały żadnych pod tym względem wątpliwości.

Po ustaleniu rozpoznania szło już jedynie o znalezienie przyczyny cierpienia i o jego usunięcie. Z tego powodu próbowaliśmy przedewszystkiem odprowadzić opadniętą błonę śluzową, co wobec krótkiego stosunkowo trwania choroby mogło przedstawiać dobre widoki. Gdy się jednak próby w tym kierunku nie powiodły, musiano ich zaniechać i zalecono okłady z płynu Burowa. Po upływie 24 godzin guz się nie zmniejszył, a nadto można było zauważyć u samego ujścia zewnętrznego cewki, a więc w miejscu zagłębienia na przedniej podstawie, złogi martwicze.

Wobec tego musieliśmy zaniechać leczenia zachowawczego i zastanowić się nad sposobem operacyjnym, prowadzącym szybko do celu. Po poprzedniem znieczuleniu kokainą rozszczepiliśmy lewą ścianę guza zapomocą nożyczek, wprowadziwszy jedno ramię do przewodu, stanowiącego niejako dalszy ciąg cewki anatomicznej, cięciem, sięgającem aż do miejsca przewężenia, a drugiem cięciem oddzieliliśmy przednią ścianę od reszty cewki. Po poprowadzeniu tych dwóch cięć, a zatem jeszcze przed całkowitem odcięciem całej opadniętej części, założyliśmy na brzegi rany dwa jedwabne szwy węzełkowe, łącząc w ten sposób brzegi błony śluzowej wewnętrznej z zewnętrznym brzegiem cewki. Dopiero po założeniu tych dwóch szwów oddzieliliśmy cięciem trzeciem resztę opadniętej części, a po zeszyciu brzegów rany zapomocą dalszych jedwabnych szwów węzełkowych wprowadziliśmy cewnik trwale pozostający, poczem chorą ułożono w łóżku. Utrata krwi była podczas tego zabiegu bardzo nieznaczna. Gojenie się szybko postępowało, a siódmego dnia usunięto szwy.

Najbardziej zajmująco przedstawia się w naszym przypadku czynnik etyologiczny, gdyż on może nieco wyjaśnić dość ciemną jeszcze stronę tego cierpienia. Pośród przyczyn, wywołujących tę chorobę, musimy rozróżnić takie, które ją wywołują bezpośrednio i takie, które jedynie w tym kierunku usposabiają. Do pierwszego rodzaju przyczyn należą choroby pęcherza i kamienie pęcherzowe, ciała obce, znajdujące się przypadkowo w pęcherzu i nowotwory błony śluzowej cewki. Drugiego rodzaju przyczyny stanowią złe odżywienie ogólne, pewien wiek, zmiana w położeniu i rzeżączka części rodnych, ciężkie lub znacznie się przedłużające porody, nadmierna wielkość światła cewki i zły zwyczaj niektórych kobiet zbyt długiego zatrzymywania moczu. Dawniej przypisywano także pewne znaczenie w tym kierunku nadmiernemu spółkowaniu, co jednakowoż od czasu ogłoszenia pracy Kleinwächtera nie wchodzi więcej w rachubę.

Co się tyczy kamieni pęcherza, to nie znalazł ich nigdy Kleinwächter w przypadkach przez siebie opisanych. Natomiast Chrobak, jak podaje Singer, znachodził obce ciała w pęcherzu i przypisywał im w przypadkach swoich znaczenie etyologiczne.

Dalszą bezpośrednią przyczynę opadnięcia błony śluzowej cewki stanowią nowotwory, dotychczas powszechnie uważane za naczyniaki, a które, jak to M. Lange wykazał, należy uważać za nowotwory typu ziarniniaków, nadmiernie unaczynionych brodawczakowatych, lub też teleangiektatycznych polipów śluzowych. Naczyniaki te znajdują się dosyć często, a działanie ich należy prawdopodobnie w ten sposób pojmować, jak działanie guzów, wynicowujących macicę. Z drugiego rodzaju przyczyn, t. j. usposabiających, należy przedewszystkiem wymienić podupadanie ogólnego odżywienia, które pociągając za sobą ogólne zwiotczenie tkanek, ułatwiają opadnienie błony śluzowej.

Ważny, jakkolwiek niewyjaśniony dotychczas wpływ wywiera w tym kierunku wiek chorej. Podług obliczenia Kleinwächtera pierwsze miejsce zajmuje ze względu na skłonność do tej choroby dziecko w wieku od $1^1/_4$—15 lat z 66,1%; a drugie miejsce kobieta po utracie miesiączki z 22,03%. Liczby te staną się do pewnego stopnia zrozumiałe, jeżeli będziemy je chcieli tłómaczyć tak u dzieci, jak i u kobiet starszych ogólnem zwiotczeniem tkanek. Dlaczego

jednak właśnie dzieci stanowią tak wysoką liczbę odsetkową, na to brak do dnia dzisiejszego odpowiedzi.

Zmiany w położeniu części rodnych wchodzą o tyle w grę, o ile one już same przez się są skutkiem i dowodem zwiotczenia i wywołują następowo parcie na mocz. Z tego ostatniego powodu należy tu wymienić i rzeżączkę; z drugiej strony zapalenie rzeżączkowe usposabia do powstawania ziarniniaków, a temsamem i do opadnięcia cewki.

Ciężkie lub przedłużające się bardzo porody powodują parcie na mocz przy dłuższem ugniataniu części przodującej, zwłaszcza, jeżeli nią jest twarda główka. Parciem zaś na mocz mogłaby kobieta, teoretycznie rzecz biorąc, wyprzeć i błonę śluzową. Przeciw temu czysto teoretycznemu rozumowaniu przemawiają jednak dotychczasowe spostrzeżenia. Jeżeli się bowiem bliżej przypatrzymy statystyce Kleinwächtera, natenczas zauważymy, że autor ten przytacza jedynie cztery kobiety, które zachorowały w pięć tygodni po pierwszym porodzie. Dopiero od roku 1899 zaczęły się zmieniać zapatrywania lekarzy w tym kierunku. Meyer (w roku 1899) i Pinkus (w roku 1901) ponownie zwrócili uwagę na stosunek, zachodzący między porodem, a opadaniem błony śluzowej cewki i poparli swoje twierdzenia dowodami. Następstwem tego jest powrót do dawnego, teoretycznie tylko przyjętego przypuszczenia.

Ważną rolę odgrywa w tych schorzeniach nieprawidłowo szerokie światło cewki moczowej. Kleinwächter znalazł je trzy razy. Takąsamą liczbę znaleziono w klinice Chrobaka, pomimo znacznie mniejszej liczby wogóle spostrzeganych przypadków. Jeżeli jeszcze zwrócimy uwagę na częstość tej nieprawidłowości, spostrzeganej przez innych autorów, to będziemy musieli przyznać, że towarzyszy ona będącemu w mowie cierpieniu względnie często. Czy jednakowoż to rozszerzenie cewki należy uważać za cierpienie pierwotne, czy też następowe, na razie jest to jeszcze rzeczą nierozstrzygniętą.

Skoro ogólne lub miejscowe zwiotczenie tkanek stoi w pewnym przyczynowym związku z cierpieniem omawianem, natenczas należy zwrócić uwagę na zwyczaj niektórych kobiet nader rzadkiego oddawania moczu. Nadmierne i zbyt częste rozciąganie pęcherza moczowego wywołuje jego zwiotczenie, a w dalszem następstwie jego niedomogę i inne cierpienia pęcherza; choroby zaś pęcherza mogą, jak wyżej wspomnieliśmy, wywołać opadnięcie błony śluzowej.

Zastanawiając się nad przyczynami, które mogły spowodować cierpienie u naszej pacyentki, znajdujemy dwie, które w tym kierunku wskazać możemy. Pierwszą jest wiek chorej, który jednak bezpośrednią przyczyną tak ostro przebiegającego cierpienia być nie mógł. Opadnięcie cewki mogło tu raczej spowodować wprowadzenie zbyt dużego krążka Meyera, który ugniatał zarówno tylną ścianę pochwy, jak i tylną ścianę spojenia łonowego. Bezpośrednio po założeniu krążka wystąpiło, jak wiadomo, silne parcie na mocz, chora parła przez 72 godzin bez przerwy, aż wyparła ostatecznie błonę śluzową cewki.

Przypadek nasz przemawia tak dobitnie za znaczeniem parcia na mocz w etyologii tego schorzenia, że zachęca wprost do przyjęcia go za najważniejszy czynnik etyologiczny i zmusza do dopatrywania przyczyny w cierpieniach pęcherza, w nowotworach cewki i ciężkich lub długo trwających porodach o tyle, o ile sprawy te wywołują rzeczywiście potrzebę parcia na mocz. Z chwilą, w której to parcie występuje, pracuje tłocznia brzuszna i nie przestaje, dopóki nie ustaje to przykre uczucie, lub też dopóki nie wyprze błony śluzowej cewki. Do tego tłómaczenia uprawnia nas przypadek opisywany tembardziej, że oświetlenie jamy pęcherza zapomocą cystoskopu wykazało wszędzie zupełnie zdrową błonę śluzową pęcherza, a mocz okazał się przy rozbiorze chemicznym zupełnie prawidłowy.

Z dość licznych sposobów leczenia należy się pierwszeństwo metodzie zachowawczej, a mianowicie odprowadzeniu opadniętej części błony śluzowej. Niestety nie zawsze daje ono pożądany wynik i nie każdy przypadek nadaje się do tego rodzaju postępowania. Odprowadzenie udaje się jedynie w najświeższych przypadkach, w których część opadnięta jeszcze niebardzo obrzękła. Nadto należy próbować odprowadzania jedynie wtedy, gdy błona śluzowa nie okazuje jeszcze znacznych zmian odżywczych, jak to było np. w naszym przypadku. Nie potrzeba wyjaśniać, że przez odprowadzenie tak zmienionej błony śluzowej przynieślibyśmy chorej raczej szkodę, aniżeli korzyść, gdyż zgorzel błony śluzowej i jej następstwa nie dałyby długo na siebie czekać. Nadto nie należy sobie obiecywać po odprowadzeniu trwałego wyleczenia, albowiem podobne opadnięcia zdarzają się zazwyczaj u osób, już do tego usposobionych. Usposobienie to zaś zwykle trwa i nadal. Odprowadzać zaś można jednorazowo, lub też w kilku posiedzeniach, jak to Giulini poleca. Odprawadzenia kilkuczasowego nie można uważać za idealne z powodu bardzo niepewnych wyników i znacznej bolesności.

Gdy leczeniem zachowawczem nie osiągamy wyników zadowalniających, musimy działać energiczniej, t. j. rozpocząć leczyć chirurgicznie. W tym celu należy użyć środków żrących, jak dymiący kwas azotowy, którego użyto w klinice Chrobaka, lub też przyżegadła, noża lub nożyczek.

Przyżegadła należy użyć do całkowitej amputacyi opadniętej części, albo też jedynie do promienistego jej przyżegania. To przyżeganie promieniste robi się w ten sposób, że przepala się błonę śluzową od strony światła guza na wskróś i czeka na jej zabliźnienie i skurczenie się. Ponieważ jednak pomiędzy bliznami pozostają części błony śluzowej nie przyżegniętej, wypada częstokroć kilkakrotnie powtarzać ten zabieg; z tego powodu nie można tego postępowania zbyt gorąco zalecać. Także i amputacya całkowicie opadniętej części zapomocą przyżegadła nożykowatego nie należy do idealnych sposobów leczenia tego cierpienia, gdyż po niej przychodzi często do zwężeń cewki.

Najpewniej i najszybciej osiąga się cel pożądany przy pomocy noża chirurgicznego, lub też nożyczek. Z metod operacyjnych wchodzą tu dziś w rachubę głównie dwie: jedna jest dokładnem powtórzeniem tej, jaką podał Hegar dla leczenia opadnięcia pochwy, a wykonał ją po raz pierwszy Knauer w klinice Chrobaka. Sposób ten polega na tem, że wycina się z przedniej ściany wynicowanej części płat kształtu owalnego i zeszywa następnie ze sobą brzegi rany zapomocą węzełkowych szwów jedwabnych. Z tylnej zaś ściany wycina się, podobnie jak to Hegar zaleca przy pęknięciu międzykrocza, prawie trójkątny płat błony śluzowej, lecz tak, by podstawa płata przekraczała zewnętrzny brzeg cewki i zeszywa się brzegi rany znowu zapomocą węzełkowych szwów jedwabnych. Wyniki tego sposobu uważa Sin-

ger, który go po raz pierwszy opisał, za bardzo zadawalniające. Drugą metodą, wprawdzie starszą, lecz o wiele prostszą, jest amputacya wypadniętej części zapomocą noża, lub też nożyczek. Zabieg ten daje się z powodu swej prostoty bardzo łatwo wykonać. Po amputacyi należy brzegi rany spoić ze sobą zapomocą szwów jedwabnych. Pamiętać jednak trzeba o tem, by nie pozwolić pozostałej błonie śluzowej cewki cofać się do wnętrza, gdyż toby spowodowało trudności przy zakładaniu szwów. Z tego powodu radzą niektórzy przytrzymać ją zapomocą haczyków. Ponieważ jednak bywa ona zazwyczaj w tych przypadkach obrzękłą i kruchą z powodu zmienionych warunków odżywczych, dlatego haczyki często się wyrywają. Chcąc temu, jakoteż niemniej kaleczeniu błony śluzowej z powodu częstych ponownych wbijań haczyków zapobiedz należy, podobnie jak myśmy postępowali, raczej amputować częściami i szyć. To postępowanie ma jeszcze i tę zaletę, że zapobiega silniejszemu krwawieniu, a z tą okolicznością należy się tu zawsze liczyć.

Wracając do naszej chorej, musimy jeszcze zauważyć, żeśmy tego ostatniego sposobu użyli dlatego, że obiecywaliśmy sobie po nim najlepszego wyniku. Opadnięcie było wprawdzie tak znaczne, że nie przedstawiałoby trudności technicznych dla sposobu Knauera. Wskazaniem jednakowoż do postępowania tak doszczętnego, albowiem połączonego z tak znacznym ubytkiem błony śluzowej, były znaczne jej zmiany odżywcze, które kazały źle wróżyć przy zastosowaniu pierwszego sposobu.

Prócz tych dwóch sposobów mogły tu jeszcze wchodzić w rachubę sposób Emmeta, polegający na rozszczepieniu przedniej ściany pochwy, wciągnięciu i wszyciu w rozszczep opadniętej cewki, jakoteż i ten, który polega na założeniu podwiązki na część opadniętą. Obydwa te sposoby są jednak dziś już zaniechane. Pierwszy z powodu wielkości i niepewności zabiegu, a drugi, ponieważ jest z dzisiejszego stanowiska nauki zbyt niechirurgiczny.

Leczenie pooperacyjne polega na założeniu cewnika *à demeure* i zupełnym spokoju. I myśmy wprowadzili chorej cewnik. Skoro jednak na drugi dzień po operacyi mocz spływał obok cewnika, usunęliśmy go całkiem, poczem znowu zwieracz pęcherza zaczął działać prawidłowo. Moczu odtąd wogóle więcej nie odprowadzano, lecz pacyentka oddawała go stale sama, a mimoto sprawa gojenia się postępowała prawidłowo tak, że skoro siódmego dnia szwy wyjęto, była już wyleczoną. Po dwunastu dniach chora opuściła oddział, nie użalając się na żadne przypadłości ze strony pęcherza. Dziś zaś, a więc w przeszło sześć miesięcy po wykonaniu zabiegu, ma się również dobrze.

Ten wynik zachęca nas do niezakładania w przyszłości cewnika w podobnych przypadkach.

**Piśmiennictwo.** 1) F. v. Winckel: Die Krankheiten der weiblichen Harnröhre. Billrotha »Handbuch der Frauenkranheiten«. Stuttgart, 1877. 2) Benicke: Vorfall der Harnröhrenschleimhaut bei jungen Mädchen. Odczyt w Tow. gin.-pol. berlińskiem. Sprawozdanie w »Zeitschrift f. Geb. und Gyn.« T. XIX, 1890. 3) L. Kleinwächter: Der Prolaps der weiblichen Urethra. »Zeitschr. f. Geb. und Gyn.« T. XXII, 1801. 4) Graefe: Ueber einen Fall von Prolaps der weiblichen Harnröhre. »Centralblatt f. Gyn.« T. XVI, 1892. 5) Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa gin. w Hamburgu z dnia 27 kwietnia 1894. »Centr. für Gyn.« T. XX, 1896: Kümmel: Ueber Urethralprolaps der Frauen. 6) Cuzzi i Resinelli: Vorfall der Schleimhaut der weiblichen Harnröhre. Sprawozdanie w »Centr. f. Gyn.« T. XX, 1896. 7) H. Wohlgemuth: Zur Pathologie und Therapie des Prolapses der weiblichen Urethra. »Deutsche med. Wochenschrift« T. XXIII, 1897. 8) Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa ginekologiczno-położniczego we Wiedniu z 19-go stycznia 1897 w »Centr. f. Gyn.« T. XXI, 1897. Ewald. 9) Bagot (Denver): Bemerkung über die Pathologie des vollständigen oder ringförmigen Vorfalls der Harnröhrenschleimhaut beim Weib nebst Bericht über einen Fall. Med. News. 1897. Sprawozdanie w »Centr. für Gyn.« T. XXI, 1897. 10) W. Sipila: Ueber Prolaps (Angiom) der weiblichen Urethralschleimhaut w Engeströma »Mittheilungen aus der gynäkologischen Klinik in Helsingfors« T. I, 1897. 11) B. Singer: Zur Pathologie und Therapie des Urethralprolapses beim weiblichen Geschlechte. »Monatschrift f. Geb. und Gyn.« T. VIII, 1898. 10) Sprawozdanie z posiedzenia Tow. gin. w Lipsku z 18-go października 1897 w »Centr. f. Gyn.« T. XXII, 1898. 13) M. Meyer: Zur Casuistik der Erkrankungen an der weiblichen Harnröhre. »Archiv f. Gyn.« T. LIX, 1899. 14) Bericht über die Sitzung der Niederländischen geb. Gesellschaft vom 12. März 1899. »Centr. f. Gyn.« T. XXIII, 1899. Kijhoff. 15) Bericht über die Sitzung der Niderländischen gynäkol. Gesellschaft vom 13. Mai 1900. »Centr. f. Gyn.« T. XXIV, 1900. 16) Glaevecke: Ueber den Prolaps der Urethra beim weiblichen Geschlecht. »Münchener med. Wochenschrift» T. XLVII, 1901. 17) Bente: Ueber einen Fall von Prolaps der Urethra bei einem fünfjährigen Mädchen. *Tamże*. 18) A. Pinkus: Beitrag zur Pathologie und Therapie des Prolapses der weiblichen Urethra. »Berliner klin. Wochenschrift« T. XXXVIII, 1901. 19) Delagénière: Resektion des Endes der weiblichen Urethra zur Behandlung der Polypen der Harnröhre, des Prolapses derselben und der Urethrocele. Arch. prov. der Chir. 1900. Sprawozdanie w »Centr. für Gyn.« T. XXV, 1901. 20) M. Lange: Ueber die sogen. Carunkeln der weiblichen Urethra. „Zeitschrift für Geb. und Gyn.« T. XLVIII, 1901.

## III. Uwagi z powodu artykułu Docenta Dra Sołowija „O potrzebie reformy przepisów służbowych, nauczania i doborze położnych“ *(Przegląd lek. 22 i 23).*

Podał

**Docent Dr. W. Bylicki.**

Do poczynienia moich uwag w sprawie, o którą chodzi, zmusza mię przedewszystkiem ta wielka waga, jaką kol. Sołowij przykłada do reformy przepisów służbowych dla położnych i to dopominanie się o umieszczenie w nich obowiązku używania sublimatu do odkażania rąk, tak zupełnie, jakby ktoś o takie przepisy służbowe dbał i ich się kiedykolwiek trzymał.

Upominając się zaś tak gorąco o sublimat w przepisach służbowych, musi chyba kol. Sołowij spodziewać się po jego wprowadzeniu polepszenia stosunków zdrowotnych? A przecież w sprawie odkażania rąk znaczy nie sublimat, ale cała metoda, którą trzeba umieć, która musi się stać drugą naturą, a w której sublimat jest ostatnim aktem o tyle tylko wielkiej wagi, o ile wielką wagę przyłożono do dwoch pierwszych aktów, a bez nich jest, śmiało można to twierdzić, bez znaczenia. A któż nauczył się lub się nauczy metody odkażania z przepisów służbowych? Dajmy im pokój: niech pozostaną „w stanie trwałego spoczynku“; postęp o nie się nie troszczy, niczego one poprawić, ani popsuć nie są w stanie; nie tędy droga do polepszenia stosunków. A gdyby od jednego ministeryalnego rozporządzenia w tej materyi miało coś zależeć, coś, co jest złem, naprawić się, to niezawodnie takie rozporządzenie dawnoby już zostało wydane.

Że liczba dobrych położnych w porównaniu z całą ich mnogością jest niknąco małą, to żadnej nie ulega wątpliwości. Ale że w tem złem żadnej roli nie odgrywają przepisy służbowe, to także żadnej nie ulega wątpliwości.

Zapytajmy zatem, jakie są przyczyny takiego trwałego stanu? W pierwszym rzędzie wypada się zwrócić ku szkołom położnych, a raczej ku systemowi nauczania. Bez względu na to, czy on jest wadliwy w obu szkołach krajowych, ogólnie pozwoliłbym sobie uczynić tę uwagę, że zakres nauki jest za obszerny, że dużo się rzeczy podaje, które wywietrzeją bez pożytku i ze szkodą pogłębienia rzeczy istotnie ważnych.

Drugie ważniejsze i pewniejsze złe polega na bardzo złym materyale, z jakim nasze szkoły mają do czynienia.

Gdy potrzeba położnych, szczególnie po wsiach i małych miastach jest wielka, zatem istnieje hasło: „nie utrudniać, ale ułatwiać“.

Odpowiednio do tego przyjmuje się każdą prawie zgłaszającą się do szkoły; a wśród roku szkolnego, gdy się już można zapoznać z materyałem, z jakim się ma do czynienia, niczego się nie czyni, aby całkiem nieuzdolnione uczennice zostały ze szkoły wydalone przed końcem pierwszego półrocza.

To byłby pierwszy mój projekt reformy, bo z tępych umysłowo żadna szkoła nie zdoła uczynić dobrych położnych.

Kto zna te kobiety, które ukończyły dwuletni kurs położnictwa w Petersburgu, polki szczególnie, tego uderzą dwie rzeczy: wielka wprawa i włożenie się w postępowanie ochronne, a powtóre, o wiele a wiele wyższa sfera towarzyska, do jakiej te kobiety należą, a odpowiednio temu i całkiem odmienne ich traktowanie. Ale i w tym, o tyle lepszym od naszego materyale, wśród dwuletniej nauki czyni się wybór, usuwając od dalszych studyów prawie co półrocze mniej uzdolnione. Hasło tam jest zatem całkiem odmienne i brzmi: „utrudniać, aby mieć tylko dobre położne“.

Następnie dodajmy do tego naszego marnego materyału to, że cała nauka trwa zaledwo 9 miesięcy, nauka, której uczniowie za 9 miesięcy nie są w stanie przetrawić gruntownie, a będziemy mieli drugie złe, na którem polega sprawa pożałowania godnego stanu.

I cóż wobec takich przyczyn znaczą przepisy, gdy położna widzi, że w dobrej szkole ich się nikt nie trzyma i gdy, obowiązkowego dla niej kwasu karbolowego, jak rok długi nie ujrzy?

Pojmując, że na wsiach i w małych miastach panują opłakane stosunki, podnieść to muszę, że każdy ginekolog, w większem praktykujący mieście, rozporządza kilku doskonałemi, a kilkunastu dobremi położnemi, które chętnie przy sobie widzi i poleca. Z tych doskonałych, które ja znam, dwie były położnemi klinicznemi, a reszta przez dobry przykład i uwagi czynione im przezemnie lub przez innych kolegów, wprawiła się tak, że zupełnie odpowiada nowoczesnym wymaganiom.

Są to zatem położne, które przedewszystkiem przepisów służbowych nie znają i dlatego ich nie wypełniają; ale za to przygotowują sobie w domu ciężarnych lub rodzących kilkadziesiąt butelek przegotowanej wody (gotowanej razem z butelkami), zatkanych watą Brunsa, zmaczaną w sublimatowym roztworze, które dokładnie znają metodę odkażania rąk i to odkażanie, do którego używają sublimatu, powtarzają w miarę potrzeby, które ile możności rodzących wewnętrznie nie badają, a rodzące i ciężarne zewnętrznie obmywają jedynie przegotowaną wodą, które nigdy do badania nie używają żadnego tłuszczu, ale badają jedynie ręką mokrą, wyjętą z roztworu sublimatowego, które żadnych wstrzykiwań u położnic nie wykonywają, które posiadają ciepłomierz do mierzenia ciepłoty wody i ciała, pępowinę podwiązują tasiemeczkami, wyjętemi z roztworu sublimatowego, a niektóre z nich posiadają roztwór protargolu lub octanu srebrowego z mojego przepisu, o który same się dopominają. Żadna z nich zaś, bez wyjątku, nie wymywa po ssaniu ust noworodka, aby nie zaszczepiać po starciu przybłonka pleśniawek i udaje im się to doskonale.

Ilość położnych tak dobrych jest co prawda niknąco małą i jedynie ograniczoną do wielkich miast; ale z tego faktu, że one są, a są niemi mniej przez szkołę, niż przez częste zetknięcie się z dobrymi położnikami, wynika jeszcze jeden środek polepszenia w kraju obsługi rodzących: przez polepszenie jakości położników, którzy aseptykę znają i dobrze ją wykonywują, którzy zatem położnej głupiej i złej obok siebie nie zniosą, zdolniejsze zaś i dobre pouczać i dokształcać będą własnym dobrym przykładem, który działa i tu tak potężnie, jak i w innych kierunkach ludzkiej czynności.

O ile też poznałem uczniów tutejszej kliniki położniczej, to mam prawo sądzić, że ci to zadanie wysoce kulturalne spełnić potrafią i spełniać będą.

Taki byłby ogólny zarys zadań do spełnienia w celu istotnej poprawy obsługi rodzących i stosunków zdrowotnych bez pomocy „reformy przepisów służbowych“.

Na zakończenie jeszcze podnieść mi wypada, że żądanie kolegi Sołowija, aby położne posiadały „wyjałowioną watę i waselinę“ może być w wykonaniu wręcz szkodliwe i niebezpieczne dla rodzących.

Bez względu bowiem na to, że najbezpieczniej jest niedowierzać wacie, fabrycznie wyjałowionej, to można się łatwo domyślić, co się stanie z taką watą raz otworzoną, którą położna w dalszym ciągu uważać będzie za wyjałowioną, do czego ma być jeszcze zachęcaną przepisami służbowymi.

To samo stanie się i „z wyjałowioną waseliną“, którą kol. Sołowij uważa za konieczną, a ja każdy środek podobny, użyty pomiędzy ręką, wyjętą z sublimatu, a badaniem wewnętrznem, muszę uważać za wysoce niebezpieczną przerwę w toku postępowania ochronnego, za cofanie się, a nie za postęp i mam nadzieję, a nawet pewność, że w tym kierunku nie jestem odosobniony.

## IV. Odpowiedź na uwagi Docenta Dra Bylickiego z powodu moich artykułów, umieszczonych w *„Przeglądzie lekarskim“, 1903, Nr. 22 i 23.*

Podał

Docent Dr. A. Sołowij.

Z uczuciem zadowolnienia, że sprawa poruszona przezemnie wywołuje pożądaną dyskusyę, pośpieszam dorzucić słów parę, by dać odpowiedź na uwagi kol. Bylickiego, tudzież szerzej wyjaśnić stanowisko moje w kwestyi roztrząsanej.

Nie mogę się zgodzić na lekceważenie, z jakiem kol. Bylicki traktuje znaczenie przepisów służbowych dla położnych, wynikające ze słów jego: „jakby ktoś o takie przepisy służbowe dbał i ich się kiedykolwiek trzymał“. Przeciwnie, dotychczas przywiązywano wszędzie do nich wielką wagę i starano się ciągle w miarę potrzeby ulepszać w przekonaniu, że krótkie i jasne przepisy służbowe dla położnych są nietylko pożądanem, ale nieodzownem uzupełnieniem i przypomnieniem tych najważniejszych obowiązków i zasad postępowania, których położne uczą się w szkole. Metody odkażania rąk nie nauczy się naturalnie żadna położna z samych przepisów służbowych; od tego jest szkoła i wielomiesięczna nauka przed osiągnięciem dyplomu; przepisy służbowe jednak mają normować krótko, jasno i dobitnie obowiązki położnej z chwilą rozpoczęcia praktyki, mają być zatem przypomnieniem i przestrogą, że nigdy nie wolno położnej zaniechać przestrzegania tych zasad, jakie w nie szkoła wpoiła. Jeżeli zatem kol. Bylicki przywiązuje tak małą wagę do przepisów służbowych dla położnych, że sądzi: „dajmy im pokój: niech pozostaną w stanie trwałego spoczynku; postęp o nie się nie troszczy, niczego one poprawić ani popsuć nie są w stanie i t. d.“, to mogę tylko żałować, że z powodu tak skrajnego jego zapatrywania na tę sprawę możność porozumienia między nami dwoma jest wprost wykluczona.

Ale i co do innych poruszonych przezemnie kwestyi zachodzą między nami znaczne różnice. Wyjątek stanowi uznanie przez kol. Bylickiego potrzeby polepszenia materyału, z jakim nasze szkoły położne mają do czynienia. Materyał ten jest u nas niezawodnie bardzo niekorzystny; jak długo jednak państwo nie poniesie ofiar w kierunku przezemnie wskazanym, w celu zachęcenia lepszych elementów do oddawania się zawodowi położnych, nie można spodziewać się naprawy. Niezawodnie, im dłuższa nauka tem dokładniejsze wyszkolenie; te ostatnie dałoby się jednak w obowiązującym u nas kursie dziewięciomiesięcznym bardzo dobrze osiągnąć, ale pod warunkiem, że w szkołach położnych nie byłoby tak wielkiego jak obecnie przepełnienia i dlatego wstawiłem do rzędu najważniejszych postulatów także zwiększenie liczby szkół położnych, jak tego do-

magają się u nas wielokrotne uchwały sejmowe, w myśl wniosków prof. Jordana i prof. Marsa.

Jako jeden z najważniejszych postulatów podniosłem potrzebę zaprowadzenia sublimatu, jako obowiązkowego środka przeciwgnilnego w celu wyjałowienia rąk w praktyce położnych. Nie chcąc powtarzać się, odwołuję się do argumentów już podniesionych przezemnie (*Przegląd lek.*, Nr. 22 str. 317), a oddających pierwszeństwo sublimatowi przed wszystkimi innymi dotychczas znanymi i używanymi środkami przeciwgnilnymi. Nie mogę się zatem zgodzić z kol. Bylickim, ażeby wybór środka przeciwgnilnego nie miał wielkiego znaczenia. Każdy operator używa sublimatu, jeżeli mu zależy na jak najdokładniejszem wyjałowieniu rąk. Prawie wszystkie kliniki położnicze i szkoły położnych używają także sublimatu do wyjałowienia rąk. Dobrze byłoby zatem już raz usunąć szkodliwą sprzeczność, jaka ztąd wynika, że w szkole położne przyzwyczajają się i nabierają zaufania do sublimatu, podczas gdy w praktyce używają rozczynów kwasu karbolowego.

Że wybór środka przeciwgnilnego naturalnie nie rozwiązuje kwestyi odkażania rąk, lecz że ta zawisła także nie w mniejszym stopniu od wystrzegania się przed zakażeniem rąk, tudzież od dokładności i sposobu mechanicznego ich oczyszczenia, temu dałem wyraz nie tylko w moich ostatnich artykułach (*l. c.*), ale i w jednej z poprzednich publikacyi (*Przegląd lek.*, 1902, Nr. 5 i 6).

Twierdzenie kol. Bylickiego, jakoby zaopatrzenie położnych w wyjałowioną watę i waselinę mogło być „wręcz szkodliwe i niebezpieczne dla rodzących", jest dla mnie wprost niezrozumiałe. Obawę jego co do niebezpieczeństwa wyjałowionej waty muszę uważać chyba tylko za *lapsus calami*. O ile zaś wyjałowiona waselina może być niebezpieczna, nie mogę sobie wyobrazić; natomiast spotykałem się często z tak suchą i chropawą pochwą, że badanie palcem bez tłuszczu było utrudnione, i mogło niewątpliwie sprowadzić nieobojętne obrażenie nabłonka pochwy tak samo, jak w ciągu lat poznałem już niejedną ofiarę zakażenia kiłowego wśród położnych i lekarzy. Zdaje mi się zatem, że względy te wystarczają, by przekonać, że tłuszcz wyjałowiony stanowi dla stron obydwóch tylko pożądaną ochronę.

## V. Wyciągi.

Liepelt (Berlin). **O mesotanie.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 15, 1903). Doświadczenia z tym przetworem, przeprowadzone na 30 chorych, wykazały, że mesotan jest znakomitym zewnętrznym lekiem przeciwgośćcowym. Najlepiej działa w postaci średnio-lekkich wcierań, połączony w równych częściach z oliwą, trzy razy dziennie w świeżych przypadkach gośćcowego zapalenia stawów, jeśli istotnie więcej stawów jest zajętych. Wynik jest prawie zawsze bardzo dobry. W cięższych zaś przypadkach wskazana jest nadto aspiryna 0·50 trzy razy dziennie; tego rodzaju kombinacya najczęściej prowadzi do celu. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Galli (Rzym). **Uderzenie serca i koniuszka serca w niedomykalności zastawek aorty.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 16, 1903). Wiadomą jest powszechnie rzeczą, że jednym z najczęstszych objawów niedomykalności zastawek tętnicy głównej jest wzmożone uderzenie serca, wybitnie koniuszka sercowego, i że już na podstawie tego jednego objawu można przypuszczalnie mówić o wymienionem cierpieniu. Autor opisuje jednak dwa przypadki niedomykalności zastawek aorty, w których tego objawu nie było i wnosi z tego, że w przebiegu tego cierpienia, powikłanego lub nie z niedomykalnością zastawki dwudzielnej, można i nie napotkać wzmożonego uderzenia serca, względnie jego koniuszka i dlatego objawowi temu zbyt wielkiego znaczenia rozpoznawczego przypisywać nie można. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Mendel (Essen). **Bezpośrednie opukiwanie nadbrzusza, jako pomocniczy środek rozpoznawczy przy wrzodzie żołądka.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 13, 1903). Jeśli się młoteczkiem opukowym kilkakrotnie uderza w okolicę nadbrzusza przy możliwie nienapiętych powłokach brzusznych, to i najwrażliwszy chory nie odczuje żadnego bólu, jeśli żołądek i narządy sąsiednie są zupełnie zdrowe. W przypadkach jednak wrzodu żołądkowego można już za najlżejszem uderzeniem młotka wybadać punkt dotkliwie bolesny, odróżniający się znamiennie swą wybitną bolesnością od innych punktów w otoczeniu. Oczywista rzecz, że ten sposób badania nie jest bezwarunkowo pewnym, lecz jedynie środkiem pomocniczym w braku innych pewniejszych. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Dokuczajewa. **Znaczenie nierównomiernego tętna w rozpoznawaniu niezarośnięcia przewodu Botalla.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1903, Nr. 1). Przytaczając dwa przypadki, zwraca D. uwagę na niejednakowe napełnienie fali tętna w obwodowych naczyniach głowy i górnych kończyn po stronie prawej w stosunku do lewej, jako na doniosły objaw w rozpoznawaniu niezarośnięcia przewodu tętniczego (objaw prof. Sokołowa). Powstanie tej nierównomierności da się wytłómaczyć w ten sposób, że wskutek połączenia część krwi przedostaje się z tętnicy głównej do tętnicy płucnej, wobec tego ciśnienie krwi w tętnicy głównej obniża się i ilość krwi, wstępującej do tętnic dogłowowej i podobojczykowej po stronie lewej, jest mniejszą, w porównaniu do napełnienia tętnicy bezimiennej. Słabsze ukrwienie lewej połowy górnego odcinka tułowia, głowy i górnej kończyny, ma w następstwie niedorozwój tych części ciała. Co do kończyn dolnych i dolnego odcinka tułowia, to różnicy w napięciu tętna i nierównomierności w rozwoju tu nie spostrzega się, ponieważ te części ciała otrzymują krew z tętnicy głównej zstępującej, która zasila krwią obydwie połowy ciała w jednakowym stopniu. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Biełogołowyj. **Skłonność do przesycenia się ustroju jodem i odczyn jodowo-skrobiowy treści żołądkowej w kwaśności wzmożonej.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1901, Nr. 1—3). Poszukiwania B., dokonane na 19 chorych, przyprowadziły go do wniosków następujących: 1) przesycenie ustroju jodem jest zjawiskiem złożonem, zależnem od kilku przyczyn; w większości przypadków jest ono zatruciem ustroju jodem; 2) do przyczyn, usposabiających do przesycenia ustroju jodem, należy obecność w żołądku niektórych osobników azotynów, pod wpływem których przetwory jodowe rozkładają się i wyzwalają wolny jod; 3) powstawanie jodu *in statu nascendi* jest prawdopodobnie źródłem ubocznego działania przetworów jodowych; 4) ilość azotynów w treści żołądkowej jest w warunkach chorobowych różną; tem się warunkuje silny stopień wydzielania się jodu, a więc i wrażliwość względem przetworów jodowych; 5) dla strącenia jodu z przetworów jodowych pod wpływem azotynów niezbędnem jest kwaśne środowisko; tem się tłomaczy szybkie i częste wystąpienie przesycenia jodu w wzmożonej kwaśności; 6) ponieważ kwasota jest tylko niezbędnym warunkiem, nie zaś przyczyną strącenia jodu, to między stopniem kwasoty soku i stopniem strącenia jodu z przetworów jodowych w treści żołądkowej niema stałego stosunku; 7) azotyny zawierają się w treści żołądkowej prawdopodobnie tylko u osobników z wzmożoną kwaśnością; 8) strącanie jodu i obecność azotynów w treści żołądkowej są zjawiskami nie przypadkowemi, lecz stałemi dla tych osobników, u których one się wykrywają. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Djaczenko. **Przypadek ropówki, wywołanej dwoinkami Talamon-Fränkla bez porażenia płuc.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1903, Nr. 5). We wszystkich ogłoszonych dotychczas przypadkach ropni, które były wywołane pneumokokiem, powstanie ich poprzedzało zapalenie płuc. D. opisuje przypadek ropówki, której nie towarzyszyło zapalenie płuc, jakkolwiek badanie bakteryologiczne wykryło w ropie dwoinki Talamon-Fränkla. Chory, lat 17, wstąpił do szpitala w stanie odurzonym, ciepłota wynosiła 38,2°; w lewej okolicy pachowej doznawał chory nadzwyczaj silnej bolesności na ucisk; zaczerwienienia, obrzmienia i chełbotania nie było; innych zmian miejscowych i w narządach wewnętrznych nie było. W następnych dniach przy wysokiej gorączce (40°) bolesność na ucisk wystąpiła i pod mięśniem piersiowym większym po stronie lewej; po kilku dniach zauważono zaczerwienienie pięści lewej, bolesne miejsce obrzmiało, śledziona powiększyła się. W następnych dniach obrzmienie ześrodkowało się prawie wyłącznie w boku i pojawiło się chełbotanie. D. rozciął skórę w miejscu chełbotania i chory po dłuższym czasie po zwykłych zabiegach chirurgicznych powrócił do zdrowia. Z ropy D. wyhodował dwoinki Talamon-Fränkla. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Aleksińskij. **W sprawie rozpoznawania i leczenia niedrożności przełyku, wywołanej nowotworami niezłośliwymi.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 1). A. omawia 65 przypadków niedrożności przełyku, z których 16 było następstwem ciał obcych, 12 powstało po uszkodzeniu urazowem, 2 zwężenia bliznowate zostały wywołane ciałami obcemi, w 8 przyczyną były zapalenia pochodzenia nie urazowego, w 1 zwiotczenie przełyku, w 5 skurcz, w 2 wrzód okrągły (*ulcus pepticum*), w 2 blizna po wrzodzie, w 2 uchyłki, w 6 zwężenie bliznowate po oparzeniach, w 6 zwęże-

nia kiłowe, w 1 gruźlica, w 1 rzekoma promienica i wreszcie w jednym przypadku zwężenie wywołane było uciskiem, wywieranym przez powiększone gruczoły chłonne śródpiersia. W większości przypadków A. rozpoznał sprawę chorobową, używając esofagoskopu, który bądź bezpośrednio wykrywał zmiany makroskopowe w przełyku, bądź też dawał możność wydostania kawałeczków nowotworu, lub chorobowo zmienionej tkanki dla zbadania drobnowidowego. Według A. esofagoskop ma nietylko znaczenie rozpoznawcze, lecz również lecznicze: ułatwia on wydostanie ciał obcych, przepłókiwanie przełyku, bezpośrednie stosowanie środków leczniczych na schorzałe ogniska przełyku i t. d. Ujemnego działania esofagoskopu A. nigdy nie spostrzegał. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Napałkow. **Rozległe wycięcia żeber, jako metoda leczenia otoku piersiowego.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 1). Autor zestawił 64 przypadków ropnego otoku piersiowego, który wikłał ropne zapalenie płuc w 13 przypadkach, zwykłe zapalenie płuc w 13, gruźlicę płuc w 11 i uszkodzenie płuc w 6. Chorzy byli operowani przeważnie w stanie znacznego wyniszczenia. Cięcie prowadzone wzdłuż żeber, lub w kształcie płatu. Najczęściej wycinano odrazu więcej, niż 3 żeber, doprowadzając rozmiary wydalanych kawałków do 21 ctm. W 13 przypadkach stosowano kilkakrotne wycięcia; największa liczba wyciętych żeber wynosiła 9. Płuco traciło w większości przypadków swoją rozszerzalność. Wyzdrowienie nastąpiło w 19 przypadkach; zejście śmiertelne w 7; w 38 pozostały przetoki. Z operowanych, którzy pomarli, większość miała gruźlicę; wyzdrowienie następowało w pierwszych 3 miesiącach po operacyi. Znacznego zniekształtnienia klatki piersiowej i kręgosłupa nie spostrzegano. Zdaniem N., operacyę należy wykonywać częściej, w pierwszych okresach i w większych rozmiarach; gruźlica płuc i wiek dziecięcy nie stanowią przeciwwskazania. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prokunin. **W sprawie leczenia raka, usadowionego w części piersiowej przełyku.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 1). Autor ogłasza wyniki spostrzeżeń, dokonanych na 20 chorych, którym w moskiewskiej klinice chirurgicznej założono przetokę żołądkową z powodu raka przełyku. Według P. zgłębnikowania przełyku w zwężeniu rakowem należy zupełnie zaniechać, jako metody niebezpiecznej. Jedynie utworzenie przetoki żołądkowej może przedłużyć życie chorego, zwłaszcza, jeśli tę operacyę wykonuje się możliwie wcześnie. Lecz i w tych przypadkach, w których chory przedstawia znaczne już wyniszczenie, należy, zdaniem P., założyć przetokę. Jeśli rak przełyku przeszedł już na żołądek i wywołał zrosty żołądka z tkankami otaczającemi, to należy wykonać jejunostomię. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Zeldowicz. **Leczenie elektrolizą bliznowatych zwężeń przełyku.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 1). Z. opisuje 3 przypadki wyleczenia elektrolizą bliznowatych zwężeń przełyku. Siła używanego prądu wynosiła 5—6 MA., każde posiedzenie trwało zwykle 2—3 minuty, najdłużej 5'; już po 2—3 posiedzeniach następowało znaczne rozszerzenie zwężonego miejsca: zamiast zgłębnika Nr. 10 przechodził z łatwością Nr. 39. Elektroliza więc daje szybką poprawę i przedstawia jednocześnie bezpieczną i prawie niebolesną metodę leczniczą. Nawroty zwężenia następują i po elektrolizie, lecz znacznie później, niż po zwykłych metodach leczniczych.
*Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Kudrewiecki. **Semiotyka niedorozwoju układu naczyniowego.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 2). Na podstawie własnych spostrzeżeń prof. Kudrewiecki (Warszawa) odróżnia 3 typy osobników z niedorozwojem układu naczyniowego. Pierwszy typ dotyczy osób o słabym rozwoju ogólnym, które prowadząc tryb życia gnuśny, nie przedstawiają żadnych zaburzeń, zależnych od wady wrodzonej; ludzie ci giną zwykle w młodym wieku od jakiejkolwiek choroby zakaźnej; wada rozwojowa (małe serce, wązkie naczynia) rozpoznaje się tylko na stole sekcyjnym. Druga gromada osobników z względnie obfitszą ilością krwi prowadzi życie więcej czynne; uskarża się zwykle na różne przypadłości sercowe, zawroty głowy, omdlenia i t. d. ginie również w młodym wieku. Wreszcie trzecia grupa, nie różniąc się wzrostem, budową i odżywieniem od zdrowych, nie wykazuje w ciągu 20—30 lat żadnych zaburzeń, lecz i u tych ludzi następuje ostatecznie niewydolność przerosłego zwykle serca, która prowadzi do śmierci, nieraz nagłej i zupełnie nieoczekiwanej; podstawowy charakter cierpienia zostaje zwykle w tych przypadkach nierozpoznany. Oznakami niedorozwoju układu naczyniowego są podawane przez klinicystów wązkość tętnicy sprychowej, małe tętno. bladość powłok, skłonność do bicia serca i duszności. Do tych objawów K. dodaje jeszcze jedną oznakę, która występowała w wybitnym stopniu w jego spostrzeżeniach, mianowicie tętno dwubitne. Ten objaw występował zawsze wtenczas, gdy pod wpływem jakiejkolwiek przyczyny (gorączka i inne) parcie krwi się obniżało. Powstanie tętna dwubitnego tłómaczy K. słabym rozwojem wewnętrznej warstwy ścian naczyniowych, zwłaszcza zaś warstwy środkowej, od której zależy napięcie naczyń. Oprócz dwubitności tętna K. spostrzegał jeszcze tętno niejednostajne (*puls. differens*). *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Biełogołowyj. **Postacie gośćca, graniczące z posocznicą.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 10). B. przytacza 2 spostrzeżenia ostrego gośćca stawowego, z których w jednem sekcya wykazała ostre zapalenie wsierdzia, usadowione na zastawkach tętnicy płucnej i dwudzielnej, miażdżycę tętnic, ropne zapalenie stawów kolanowych, ostre ropne zapalenie naczyń chłonnych po stronie prawej i posocznico-ropnicę (*septico-pyaemia*); ropa zawierała paciorkowce; 0,5 sz. ctm. ich hodowli, wstrzyknięte do żyły usznej królika, wywołały zapalenie wielu stawów przy ciepłocie do 40°; z ropy, wziętej ze stawu królika, wyhodował B. również paciorkowca. W drugim przypadku ostrego gośćca stawowego otrzymał B. ze krwi i treści stawu na agarze i bulionie wyraźny rozwój gronkowca białego. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Hofbauer. **Leczenie posocznicy połogowej nukleiną i solą kuchenną w świetle najnowszych badań.** (*Arch. für Gyn.* Tom. 68, Zeszyt 2, 1903). Doświadczenia w tym kierunku przeprowadzono w klinice prof. Schauty w dwóch seryach (po 7 i 12) na 19 położnicach; wybrano przypadki ciężkie, z ciężkim stanem ogólnym, z ujemnym wynikiem badania części rodnych, lub też z takiemi zmianami w nich, które jednak nie wystarczały do wytłómaczenia tak ciężkich objawów. Zaraz w pierwszym dniu choroby dostawała taka położnica przez usta 5—6 gramów nukleiny i podskórnie lub w lewatywie 500—600 grm. rozczynu fizyologicznego soli kuchennej. W ten sposób postępowano codziennie, a nawet co 12 godzin, zależnie od stanu chorej, aż do wystąpienia wyraźnego odczynu szpiku kostnego, wyrażającego się wystąpieniem tkliwości kości i pewnemi zmianami w obrazie klinicznym krwi. Równocześnie podawano w pierwszych dniach alkohol i kąpiele. Te ostatnie musiano usunąć w następnych dniach z powodu znacznej tkliwości kości i zastąpić je, o ile zachodziła potrzeba, chłodnemi zawijaniami ciała. Z 12-tu przypadków drugiej seryi, leczonych w ten sposób, wyzdrowiało 11 położnic. Aby działanie to zrozumieć, omawia autor szeroko odradzanie się krwi, w czem główną rolę odgrywa szpik kostny, który, będąc podrażniony, wysyła do krwi całe gromady ciałek czerwonych, a przedewszystkiem leukocytów, których znaczenie ochronne ważne ma znaczenie w walce z drobnoustrojami. Tym czynnikiem drażniącym są rozpadłe leukocyty. To też nukleina nie działa bezpośrednio przez podrażnienie szpiku kostnego, lecz wywołując hemolizę, pośrednio powoduje szybką odnowę tych pierwiastków w szpiku. Niemniej ważną rolę odgrywa szpik kostny w powstawaniu t. zw. ciał zobojętniających, których ważne zadanie dotychczas dokładnie poznano w durze, cholerze i zapaleniu płuc dławcowem. Wreszcie omawia autor działanie bakteryobójcze leukocytów, względnie aleksyn. Te aleksyny działają bakteryolitycznie na drobnoustroje, odpowiednio przedtem przygotowane przy pomocy ciał zobojętniających. Doświadczenia wykazały, że działanie aleksyn zwiększa się przez dodanie do ich środowiska soli; brak soli tamuje ich działanie. Wychodząc z tego zapatrywania poleca autor równocześnie z podaniem nukleiny wcielić podskórnie, lub w lewatywie rozczyn fizyologiczny soli. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Paw. Heim. **Leczenie krztuśca chininą.** (*Pest. med. chir. Presse* Nr. 31, 1902). Między lekami przeciwpasorzytniczymi, działającymi w krztuścu, zajmuje chinina pierwsze miejsce. Łagodzi ona nietylko nasilenie poszczególnych napadów i ich liczbę, lecz skraca także znacznie trwanie choroby, a nawet może, podana wcześnie, powstrzymać rozwój choroby. W peszteńskim szpitalu Braci Miłosierdzia stosował H. w 18-tu przypadkach chininę, a mianowicie chlorek chininy w dużych dawkach. Dzieciom niżej 1-go roku podawał dziennie trzy razy tyle centygramów, ile miały miesięcy; od 1—4-go roku dziennie trzy razy tyle decygramów, ile lat; dzieciom powyżej czterech lat dziennie 3 razy po 0·5, t. j. razem 1·5. Całe leczenie trwało 10—20 dni. Prawie wszystkie dzieci przyprowadzono do leczenia dopiero w okresie kaszlu kurczowego. Pod wpływem działania chininy ustawały najpierw wymioty, potem zmniejszały się i stawały się łagodniejszymi napady, a w 10 do 20-tu dni następowało wyzdrowienie. Ponieważ krztusiec trwa, jak wykazuje prof. Bókay, 6—7 tygodni, a w przypadkach Heima wyzdrowiały dzieci w 3—5-ciu tygodniach, słusznie więc można to przypisać chininie. W 5-ciu przypadkach podawał H. chininę i antypirynę naprzemian: po antypirynie zawsze następowało pogorszenie, które ustępowało po chininie. Dwie są postacie wymiotów, które niekiedy występują po chininie: 1. jeżeli w żołądku zamało wolnego kwasu, dlatego H. podawał tylko chlorek chininy, który ze wszystkich soli chininowych najmniej wiąże kwasu. 2) Druga postać jest objawem oszołomienia chininowego, polegającego na podrażnieniu pewnej czę-

ści rdzenia przedłużonego, więc występuje tylko w zatruciu chininowem. Młodsze dzieci dostawały lek w wodzie z syropem, starsze w opłatkach. Działanie chininy w krztuścu jest przeciwpasorzytnicze i dlatego w początku choroby, kiedy chcemy i powinniśmy zwalczać drobnoustroje, osiągniemy zapomocą chininy znakomite wyniki. *Dr. Baschkopf.*

Prof. K. Schaffer (Budapeszt). **Dalsze przyczynki do korowej topografii porażenia postępującego.** *(Pest. med. chir. Presse,* Nr. 52, 1902). Schaffer badał mózg pięciu porażonych: trzy zwykłe przypadki porażenia postępującego; dwa przypadki porażeń w wiądzie rdzenia. Wnioski autora są następujące: 1. Zwyrodnienie, występujące w przebiegu typowego zniedołężnienia włókien rdzennych, objawia się w pewnych, według osobnego typu uporządkowanych odcinkach korowych, a inne, znowu regularnie uporządkowane, odcinki korowe oszczędza w zupełności, lub w uderzający sposób. Ulegające zwyrodnieniu obszary korowe są: *a)* biegun i podstawa płatu czołowego; *b)* płat boczny na wypukłości półkul; *c)* drugi i trzeci zwój płatu czołowego w całości, z zwoju pierwszego tylko odcinek, położony bliżej bieguna płatu skroniowego; *d)* część czołowa „gyrus fornicatus". Nietkniętymi pozostają odcinki korowe: *a)* zwoje centralne; *b)* wypukłość płatu czołowego; *c)* płat potyliczny; *d)* głęboko położony i pierwszy zwój płatu skroniowego; *e)* róg Ammona i „gyrus lingualis" 2. Opisany rozdział zwyrodnienia odpowiada podziałowi korowemu Flechsiga; wolnemi były od zwyrodnienia pola centralne, czulne, podczas gdy ośrodki kojarzenne Flechsiga uległy zwyrodnieniu. 3. W atypowych przypadkach zniedołężnienia, w porażeniu Lissauerowskiem, ulegają zwyrodnieniu, w przeciwieństwie do typowego porażenia, właśnie pola czuciowe kory; klinicznie upośledzenie umysłowe jest mniej uderzające. 4. Regularne rozdzielenie zwyrodnienia włókien rdzennych dowodzi elektywności porażennego procesu korowego; zdarzają się jednak ogniska nieprawidłowe, naczyniowe w korze półkul. 5. Jak się zdaje, w różnych przypadkach typowego porażenia nie wszystkie ośrodki kojarzenne Flechsiga ulegają zwyrodnieniu, przynajmniej nie wszystkie w równie wysokim stopniu. I tak n. p. ośrodek kojarzenia potyliczny wcale zwyrodnieniu nie ulega, lub bardzo mało; największem jest zwyrodnienie w ośrodku kojarzennym czołowym i skroniowym, podczas gdy ośrodek płatu bocznego ulega zwyrodnieniu w daleko łagodniejszej formie. Sch. prowadził cięcia przez całą półkulę, a barwił hematoksyliną Weigerta. *Baschkopf.*

Bernard. **O cennym objawie dla wczesnego rozpoznania duru brzusznego u dzieci.** (*Archiv für Kinderheilkunde* T. 36, 1903). Rozpoznanie duru brzusznego u dzieci jest trudne i to tem trudniejsze, im dziecko jest młodsze. Wymownie świadczy o tem fakt, że do połowy ubiegłego stulecia zaprzeczano istnienia duru brzusznego u dzieci, lub uważano go za niezmierną rzadkość. Według poglądów nowszych pisarzy 15% przypadków duru przypada na wiek dziecięcy. Autor zwraca uwagę na objaw rozpoznawczy, dostępny dla każdego, a którego nie brakło w żadnym ze spostrzeganych przez niego przypadków. Jeżeli lekarz stanie po stronie prawej łóżka chorego i przesuwając złożonymi końcami palców obu rąk obmacuje tkliwą okolicę, w której jelito cienkie przechodzi w kiszkę ślepą, wtedy wyczuwa 2—3 wyniosłości wielkości od orzecha włoskiego do gołębiego jaja. Wyniosłości te znajdują się jedna nad drugą w kierunku osi ciała w odległości 1—2 ctm. od siebie; średnica ich najdłuższa również przebiega równolegle do osi ciała. Istotę tych tworów wyjaśnia nam anatomia patologiczna duru brzusznego u dzieci. Objawy wsteczne nekrobiotyczne, charaktorystyczne dla duru brzusznego u dorosłych, u dzieci spotykają się rzadko i to tylko w bardzo ciężkich formach choroby; natomiast znamiennem jest bujanie i naciek kępek Peyerowskich i gruczołów krezkowych. Te właśnie naciekłe i przekrwione miejsca wyczuć można przez powłoki brzuszne u dzieci z końcem pierwszego tygodnia choroby; po 3—4 dniach znowu stają się one niewyczuwalne. Na podstawach anatomo-patologicznych wywodzi autor dalej, że nabrzmienia te, które we wszystkich przypadkach duru u dzieci wyczuwał pod palcami, odpowiadają nie gruczołom krezkowym, które są ukryte głębiej i inaczej w stosunku do siebie położone, lecz tylko przekrwionym i obrzękłym kępkom Peyera. Pod względem leczenia autor stoi na stanowisku Pfeiferowskiego poronnego leczenia duru kalomelem. Po opróżnieniu kiszek przez kalomel stwierdzanie wyżej wymienionego objawu ma być łatwiejszem. *Dr. T. Żeleński.*

Kouchnir. **Żywienie mięsem białem, lub czarnem w przebiegu chorób nerkowych.** *(Sémaine médicale* 1903, Nr. 10). Zdaniem autora wyłączna dyeta mleczna, jakkolwiek posiada wiele stron niewątpliwie korzystnych, nie nadaje się jednakże do stosowania przez czas dłuższy, gdyż nie zapewnia ustrojowi chorego dostatecznego odżywienia. Bezwątpienia mleko ze wszystkich pokarmów zawiera najmniej substancyi drażniących, posiada wybitne własności moczopędne i ułatwia wydalanie z ustroju szkodliwych wytworów azotowych, np. kwasu moczowego i istot wyciągowych. Nie wszyscy jednak chorzy znoszą tak jednostajny sposób żywienia; wielu z nich po pewnym przeciągu czasu nie może mleka spożywać zupełnie, lub też przyjmuje je w ilościach, nie wystarczających do utrzymania prawidłowego odżywiania. Prócz tego dyeta wyłącznie mleczna pociąga za sobą nadmierną utratę azotu, co również odbija się niekorzystnie na ustroju chorego. Zdaniem Kouchnira spalenie substancyj białkowych odbywa się w ustroju energiczniej przy żywieniu mięszanem, niż przy wyłącznie mlecznej dyecie. Ze względu dalej, że wysoka zawartość białka w pokarmach mięsnych skutecznie pokrywa straty białka, jakie ustrój ponosi, autor oświadcza się przeciwko zupełnemu pozbawianiu mięsa chorych, cierpiących na ostre, lub przewlekłe zapalenie nerek. Co do różnicy pomiędzy mięsem białem, a czarnem, autor, opierając się na niedawnych pracach Offera i Rosenquista, jak również na własnych badaniach, uważa różnice w składzie chemicznym mięsa białego i czarnego za nader nieznaczne i sądzi, że oba rodzaje mogą być chorym zarówno podawane. *Dr. T. Żeleński.*

Prof. George M. Edebohls (New York). **Zabieg chirurgiczny w chorobie Brighta.** (*Medical Association of the Greater City of New York*, 1903). Pierwszą operacyę w przewlekłem zapaleniu nerek wykonał autor w roku 1898. Polegała ona na uwolnieniu nerki z torebki, a następnie jej ustaleniu. Ponieważ operacya ta dała wynik zadawalniający w ciągu pięcioletniej obserwacyi pacyentki, skłoniło to autora do wykonywania tego zabiegu operacyjnego w każdym przypadku przewlekłej choroby Brighta i w istocie wykonał wykonał ich pięć z wynikiem pomyślnym, a w każdym przypadku uwalniał nerkę z torebki, wychodząc z zasady, że torebka nerki stanowi przeszkodę do prawidłowego obiegu krwi w tym narządzie. Operacye te były ogłoszone w „Medical Record" roku 1901. Od tego czasu Edebohls operował w 51 przypadkach przewlekłego zapalenia nerek osoby, będące w różnym wieku (29 kobiet i 22 mężczyzn). Najczęściej, gdy tylko jedna nerka jest zajęta, lub i obie, lecz tylko w jednej trzeciej części, pacyenci nie mają o tem świadomości, aż dopiero uboczne objawy, jak np. zmiany w siatkówce, wskazują istotny stan rzeczy. Klasyfikacya tych 51 przypadków przedstawia się, jak następuje: w 14 było przewlekłe rozlane zapalenie nerek; w 29 przewlekłe międzymiąższowe zapalenie nerek; w 8 przewlekłe miąższowe zapalenie nerek. W połowie prawie przypadków zajęte były obie nerki i wymagały obustronnej operacyi. Operować należy szybko tak, że w ciągu godziny obustronna operacya powinna być ukończoną. Trzy czynniki ułatwiają lub utrudniają sam zabieg operacyjny. Do nich należą: 1) wielkość 12-go przestworu międzyżebrowego, którą można zapomocą odpowiedniego ułożenia chorego zwiększyć; 2) ustalenie nerki operowanej, lub jej ruchomość, w którym to przypadku trzeba operować nieraz na ślepo, a w takim razie najlepiej zdejmować torebkę nerki wskazującym palcem. 3) Łatwo schodzą torebki w miąższowej rozlanej formie zapalenia, a trudno w śródmiąższowej. Autor zalicza ten zabieg chirurgiczny do operacyj ciężkich, które tylko wytrawni chirurdzy przedsiębrać powinni. Z 51 powyżej operowanych w jednym przypadku nastąpiło wyleczenie przez rychłozrost, czternastu umarło w okresie czasu od 24 godzin do ośmiu lat; czterech chorych pozbyło się zupełnie dolegliwości nerkowych, u 22 osób nastąpiła poprawa zadawalniająca, reszta zaś chorych usunęła się z pod obserwacyi autora. *Dr. Włodz. Serkowski* (Stryj).

Weisswange. **Dobrowolne pęknięcie aorty. Cięcie cesarskie na zmarłej. Żywy płód.** (*Centr. f. Gyn.* 1903, Nr. 10). U pierwiastki zmarłej nagle pod koniec ciąży skutkiem pęknięcia tętnicy głównej wykonano cięcie cesarskie w 19 minut po śmierci. Płód mocno omdlały został ocucony. Sekcya zwłok matki stwierdziła pęknięcie tętnicy głównej tuż przy sercu; w worku osierdziowym świeża krew płynna. W przypadku opisanym przez Pinglera wykonano cięcie cesarskie w 23 minuty po śmierci matki i wydobyto również płód żywy; tu różnica w czasie jest największą, jaką kiedykolwiek zapisano w piśmiennictwie. *G. Grzybowski.*

Ferroni. **Przyczynek do nauki o trąbkowej ciąży bliźniaczej w jednej i tejsamej trąbce.** (*Centr. f. Gyn.* 1903, Nr. 9). U wieloródki powstała trzymiesięczna przerwa w miesiączkowaniu; ostatnimi jednak czasy były niejednostajne krwawienia z bólami. Macica nieco powiększona, przesunięta na prawo, bolesna; w jamie Douglasa miękki guz sprężysty, wielkości kurzego jaja, sięgający w lewem sklepieniu aż do brzegu macicy. Przez powłok. brzuszne wycięto lewą trąbkę z mocno zrosłym z nią jajnikiem. Sama trąbka była napełniona krwią i rozszerzona w dwóch miejscach w dwa obok siebie leżące guzy, jeden wielkości włoskiego orzecha, drugi kurzego jaja oddzielone, od siebie krótkim kawał-

kiem zdrowej trąbki. W wyciętym jajniku znaleziono jedno żółte ciałko. Drobnowidowe badanie wykazało zmiany, odpowiadające ciąży i to w większym guzie starszej, w mniejszym młodszej; w guzach tych odbyło się poronienie trąbkowe jeszcze przed zabiegiem operacyjnym. *G. Grzybowski* (Kraków).

R. Gradenwitz. **Wady brzusznego przyszycia macicy.** (*Centr. f. Gyn.* 1903, Nr. 5). Z powodu niezwykłego i nienaturalnego przytwierdzenia macicy powstają bardzo łatwo ciężkie zaburzenia w miesiączkowaniu, kończące się przewlekłem zapaleniem macicy, a podczas porodu zaburzenia w jego prawidłowym przebiegu. Pod wpływem ciężkości macicy wytwarza się w miejscu przyczepienia sztuczne więzadło wieszadłowe. Więzadło to nie może utrzymać macicy w należytem położeniu i staje się nieraz powodem niedrożności jelita. W ranie powłok tworzą się nierzadko przepukliny. Dla tych powodów powinno się zarzucić wentrofiksacyę, a wykonywać przedewszystkiem operacyę Alexandra-Adamsa. *Dr. Grzybowski* (Kraków).

W. Körte. **O zabiegach w ostrem zakaźnem zapaleniu woreczka żółciowego.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 1 i 2, 1903). Sprawa ta zdaniem autora ma wielkie podobieństwo do otoku ropnego wyrostka robaczkowego i powinna być jak najrychlej traktowana chirurgicznie. Ściany bowiem pęcherzyka ulegają ropówkowemu zapaleniu, a w dalszym ciągu obumarciu; sprawa ropna szerzy się ku wątrobie, ewentualnie zaś po przedziurawieniu pęcherzyka nastąpić może ogólne zakażenie otrzewnej. Cierpienie rozpoczyna się nagle; dreszcze, gorączka, ból, zaburzenie stanu ogólnego, objawy zapalenia otrzewnej, naśladujące niekiedy niedrożność jelit, i — o ile niema skurczu powłok brzusznych, — pęcherzyk wyczuwalny w kształcie guza, schodzącego niekiedy aż na talerz biodrowy. Etyologia tego cierpienia jest prawdopodobnie ta, że skutkiem jakiejś przyczyny (kamyki, zrosty, obrzęk błony śluzowej itd.) przewód pęcherzykowy został zamknięty, powstała puchlina woreczka, która następowo uległa zakażeniu przez bakterye. Na 18 swoich przypadków, 17 razy znalazł autor kamyki, 1 raz tylko ich nie było. Operował między 2 a 9 dniem choroby. Z operowanych wyzdrowiało 15; trzy stare kobiety umarły. W 6 przypadkach wykonał cystotomię, w 7 wycięcie woreczka, w 5 częściowe wycięcie ścian. Za najodpowiedniejszy zabieg uważa cystektomię, gdyż po usunięciu pęcherzyka najłatwiej można dojrzeć ogniska w wątrobie. *Herman.*

Prof. Th. Kölliker. **Przecięcie i przełamanie kości w krzywiczych zniekształtnieniach kończyn.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 1 i 2, 1903). Przed 5-tym r. ż. tylko wyjątkowo, po 5-tym zaś dopiero po wyczerpaniu innych łagodniejszych zabiegów, przystępuje K. do osteotomii, względnie osteoklazyi. Osteotomię kości udowej (linijną) i piszczelowej (w części klinową, bez równoczesnego przecięcia kości strzałkowej) wykonał 47 razy. Tylko 2 razy spostrzegał nieznaczne ropienia, 13 razy (4 razy z powodu kolana koślawego, 9 z powodu wykrzywień podudzia) przełamywano kość, próbując najpierw zabieg ten wykonać w rękach, w ostateczności uciekano się do osteoklastu-redresseura Lorenza. *Herman.*

## VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

**Aether jodatus.** (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Środek ten stosowany był dotąd przeciw dychawicy; obecnie, opierając się na pewnych analogiach pomiędzy dychawicą, a krztuścem, Bardet i Amat próbowali stosować go w tem cierpieniu. Zaraz w początku napadu należy flakon o szerokiem ujściu, zawierający kilka gramów jodku etylowego, podstawić pod nos i usta dziecka. W ten sposób osiągać się ma złagodzenie napadów tak pod względem częstości, jak i nasilenia. Działanie to wybitne jest zwłaszcza w początkach stosowania, później się nieco osłabia. Autorom udało się już po ośmiu dniach zmniejszyć liczbę napadów z 40 na 6 na dobę. *Dr. T. Ż.*

**Acidum chinicum anhydricum.** (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Potoczna nazwa tego środka jest „Neu-Sidonal"; podobnie jak sidonal (*piperazinum chinicum*) polecano go przeciw dnie. Pod wpływem rozcieńczonych kwasów i zasad, a zatem w żołądku i w kiszkach, we krwi i w tkankach, przetwór ten przechodzi łatwo w kwas chinowy, którego działanie niejako *in statu nascendi* ma być bardzo skuteczne. Kwas chinowy wpływa na przemianę materyi, zmniejszając ilość kwasu moczowego, również uśmierza bóle. Teoretyczne wskazania do stosowania tego środka poparte są licznemi doświadczeniami klinicznemi. Dawka dzienna wynosi 2·5—5·0 grm; można stosować również podskórnie i w lewatywach. Cena przetworu wysoka, 1 grm. około 2 koron. *Dr. T. Ż.*

**Aether chloratus.** (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Stosowanie tego przetworu do znieczulenia ogólnego zyskuje coraz szersze zastosowanie u lekarzy i dentystów. Korzyści tego postępowania są wyraźne. Uśpienie zupełne następuje po 15—20 sekundach, trwa tylko 15 do 20 minut; przy dłużej trwających operacyach można je dowolnie przedłużać zapomocą chloroformu. Unikamy w ten sposób niebezpieczeństwa śmiertelnego „shoku", zdarzającego się w początku uśpienia chloroformem. Czyste znieczulenie eterowe nie powoduje białkomoczu i przedstawia bardzo małe niebezpieczeństwo nawet w chorobach serca i płuc (1 przypadek śmierci na 3000 uśpień). Wskazane przedewszystkiem w dentystyce i w drobnych krótkotrwałych zabiegach chirurgicznych; dalej, jeżeli chodzi o bolesne badanie u wrażliwych chorych, a zwłaszcza dzieci; przeciwwskazane przy laparotomiach, gdyż nie możemy osiągnąć tem znieczuleniem zupełnej nieruchomości chorego.

Bardzo interesującem jest doniesienie Schleicha, który sporządził mięszaninę, mającą działać znieczulająco w bolach kurczowych żołądka, lub kiszek; dalej przy kamieniach żółciowych i nerkowych, w kurczach macicznych itd., nie odbierając przytem świadomości. Mięszanina ta składa się z dwóch części chlorku etylu, czterech części chloroformu i 12 części eteru. Po 10—15 wdechach bóle ustają zupełnie i następuje spokojny sen. *Dr. T. Ż.*

## VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

**Posiedzenie zwyczajne w dniu 10. czerwca 1903 r.**

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 17.

I Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany — przyjęto.

II. Kol. Sekretarz odczytał pismo Rady miejskiej, stanowiące o darowiźnie gruntu pod budowę własnego domu Towarzystwa.

III. Kol. Przewodniczący wnosi uchwalenie podziękowania Radzie miejskiej za darowiznę gruntu, które zgromadzeni przyjęli jednogłośnie.

IV. Kol. Spira demonstruje chorego po operacyi ropnia nadoponowego, powstałego na tle przewlekłego zapalenia ucha środkowego. W przypadku tym kol. prelegent postawił właściwe rozpoznanie przed operacyą. Przebieg pooperacyjny wikłał się z częściową przemijającą afazyą.

V. Kol. Prof. Ciechanowski przedstawia okaz krwiaka śródściennego (t. zw. *aneurysma dissecans*) tętnicy głównej z następowym olbrzymim krwotokiem do lewej jamy opłucnowej, pochodzący z 29-letniej rodzącej.

VI. Kol. Gliński przedstawił i omówił:

1) Okaz wielokrotnego przedziurawienia jelita biodrowego w następstwie zmian gruźliczych na otrzewnej. Przypadek dotyczył 12-letniej dziewczynki (P. S. 358/1903), u której sekcya obok bardzo rozległych zrostów w obrębie całej jamy brzusznej wykazała w okolicy kiszki ślepej obecność wielkiej, otoczonej ścisłymi zrostami, jamy, wypełnionej treścią kałową. Dokładniejsze badanie wykazało, iż treść kałowa dostała się do tej jamy z jednej z leżących tutaj pętli jelita biodrowego, skutkiem przedziurawienia tej pętli aż w 6 miejscach; istniejące otwory były różnej wielkości (od główki od szpilki aż do wielkości halerza), miały kształt okrągły, obwód ich zwężał się w kierunku od otrzewnej ku światłu jelita tak, iż najmniejszą przestrzeń zajmował ubytek w błonie śluzowej, ta zaś ostatnia była przytem wywinięta nazewnątrz i nakształt obrąbka okalała całkowicie lub przynajmniej częściowo brzeg otworu. Obok tych zmian znaleziono na otrzewnej, zarówno ściennej jak i jelitowej, bardzo liczne różnej wielkości ogniska serowate, z których niektóre uległy całkowitemu rozmiękczeniu, inne przebiły się już (po uprzedniem rozmiękczeniu) do jamy otrzewnowej; następstwem tego rozmiękczenia i przebicia do jamy otrzewnowej były liczne widoczne na jelitach od strony otrzewnej ubytki, drążące wgłąb ściany jelita różnie głęboko, a to zależnie od więcej powierzchownego lub głębszego usadowienia ognisk serowatych; niektóre z tych ubytków sięgały bardzo głęboko w ścianę jelita i dochodziły aż do błony śluzowej. Łatwo zrozumieć, iż po wytworzeniu się tego rodzaju ubytków w ścianie jelita, zwłaszcza obok jednoczesnego (w następstwie zrostów) utrudnienia krążenia treści jelitowej, łatwo przyjść mogło do pęknięcia jelita w tych miejscach, opisane zaś wyżej kilkakrotne przedziurawienie jelita było właśnie wynikiem tego rodzaju sprawy. Badanie mikroskopowe mas serowatych wykazało w nich obecność prątków Kocha. Prócz tych zmian na otrzewnej znaleziono zserowacenie paru gruczołów okołooskrzelowych. W innych narządach, w szczególności zaś w błonie śluzowej jelit, sekcya zmian gruźliczych nie wykazała. Przypadek za-

sługuje na uwagę raz ze względu na wyłączne prawie usadowienie się zmian gruźliczych na otrzewnej, powtóre zaś ze względu na niezwykłe zejście tych zmian: przy tego rodzaju gruźliczem zapaleniu otrzewnej zwykle nie przychodzi do rozmiękczenia ognisk serowatych, w danym zaś przypadku przyszło nie tylko do rozmiękczenia, lecz następowo również i do wylania się rozmiękłych mas do jamy otrzewnowej, co spowodowało powstanie licznych ubytków w ścianie jelita (od strony otrzewnej) i w końcu wielokrotne przedziurawienie jelita.

2) Okaz nowotworu żołądka, zasługujący na uwagę ze względu na niezwykły kształt nowotworu. Okaz pochodzi ze zwłok 50-letniej kobiety (P. S. 429/1903), zresztą wcale dobrze jeszcze odżywionej i zmarłej z przyczyn, niezależnych od samego nowotworu. Nowotwór przedstawia się postaci dużego (10 × 8 ctm.). kapelusza grzyba z brzegami odwiniętymi ku górze i z zagłębieniem w części środkowej, osadzony jest na szerokiej podstawie (6 × 4 ctm.) i znajduje się w żołądku w małej odległości ($3^1/_2$ ctm.) od odźwiernika, zajmując głównie krzywiznę małą, częściowo jednak zachodząc na przednią i tylną ściany żołądka. Z podstawy naciek nowotworowy drąży przez całą grubość ściany żołądka, dochodząc aż do otrzewnej, na której w tem miejscu widać również kilka drobnych guzków nowotworowych. Badanie mikroskopowe wykazało utkanie raka gruczołkowego *(adenocarcinoma)*; przerzutów nowotworu nie znaleziono.

3) Okaz raka przełyku, znaleziony przy sekcyi zwłok 63-letniego mężczyzny (P. S. 437/1903). Naciek nowotworowy zajmuje prawie cały obwód przełyku na przestrzeni około 8 ctm. (na wysokości rozwidlenia się tchawicy). Do światła przełyku sterczą wyrośle nowotworowe zwężające znacznie jego światło; z drugiej strony naciek nowotworowy zajmuje całą grubość ściany przełyku, przechodzi na otoczenie, przerasta tylną ścianę tchawicy i wrasta do jej światła, tworząc tutaj niewielki guzek nowotworowy, wysterczający do światła tuż ponad miejscem odejścia lewego oskrzela. Nowotwór od strony przełyku uległ rozpadowi, wytworzyła się skutkiem tego komunikacya między przełykiem a tchawicą, co dało powód do powstania zmian zgorzelinowo-ropnych w płucach, te zaś zmiany stały się ostateczną przyczyną śmierci.

4) Okaz tętniaka łuku tętnicy głównej, pochodzący ze zwłok 40-letniego wyrobnika (P. S. 430/1903), u którego za życia z powodu ucisku na tchawicę (właściwe rozpoznanie było postawione już za życia) istniały wybitne objawy duszności; z tego powodu wykonano rozcięcie tchawicy i wprowadzono długi tubus kauczukowy, sięgający dolnym swym końcem poniżej miejsca ucisku. Badanie pośmiertne wykazało, iż tętniak wychodził z łuku aorty nieco ku tyłowi od miejsca odejścia lewej tętnicy podobojczykowej, wyrastał ku górze i wciskał się pomiędzy leżące tutaj wielkie pnie tętnicze (Aa. carotis communis sin i subclavia sin.) a tchawicę, tworząc guz wielkości małej cytryny, zrośnięty ze ścianą tchawicy. Pod wpływem ucisku wprowadzonego tubusa na miejsce zrostu tętniaka z tchawicą przyszło w tem miejscu do odleżyny i następowego przebicia tętniaka do światła tchawicy Przyczyną śmierci było w danym przypadku uduszenie skutkiem aspiracyi krwi do płuc *(autoreferat)*.

VII. Kol. Frączkiewicz wygłosił zapowiedziany odczyt: „O własnościach nasennych i moczopędnych hedonalu". (Rzecz ogłoszona w Nr. 23 „Przegl. lek.").

W dyskusyi kol. H. Hirsch zwraca uwagę, że po hedonalu nie miał dobrych wyników leczniczych, gdyż obserwował po zastosowaniu tego środka parcie na mocz i znaczne rozdrażnienie; z tego powodu nie uważa hedonalu wcale za środek lepszy od innych środków nasennych. *Dobrowolski*, sekretarz doroczny.

## VIII. Korespondencye.

### Z nad granic Mongolii.

*W marcu, 1903 r.*

Po półrocznym pobycie w Europie znowu znajdujemy się wśród bezgranicznych stepów Mongolii, które dziś już straciły dla nas dawny urok nowości; obyło się z nimi oko w ciągu lat 11, spowszedniała też dobrze poznana przyroda i ludzie, których zużytkowaliśmy wedle możności, jako materyał do badań i wszystko przybrało teraz barwę bardziej monotonną i szarą. Jednostajność i cisza, które przerywa chyba jakiś fakt nowy, lub też mniej znana, zawikłana choroba, albo jakaś epidemia, obudzą od czasu żywszy interes w lekarzu. Do rzędu tych ostatnich zaliczyć należy ospę, która w ostatniem półroczu nawiedziła silniej, niż lat poprzednich zubożałą materyalnie Mongolię, zabierając tysiące ofiar rozmaitego stanu i wieku. Ospa występuje w Mongolii co lat parę, lecz najczęściej ma przebieg tak łagodny, że nieraz zdarzało mi się widzieć chorych z niezaschniętymi jeszcze pryszczami na twarzy podróżujących, lub kupczących bezkarnie. W roku obecnym ospa w Mongolii przybrała nigdy tu niebywałe rozmiary i odznaczała się wysoką śmiertelnością, co wywołało niemałą panikę śród ludności tuziemczej. Jeżeli choroba ta przy rzadkiem zaludnieniu, utrudnionej komunikacyi i życiu koczowniczem mongołów uczyniła takie spustoszenie, to można sobie wyobrazić, jak straszną musiała być klęską w wiekach średnich, wśród ludności europejskiej, w bardziej sprzyjających dla jej rozwoju warunkach. Lamowie mongolscy umieją rozpoznawać ospę, zwąc lżejszą jej postać „cahan burchan" (biały bóg), a cięższą czarną ospę „chara cicyk" (czarny kwiat). Ostatnia postać przemagała w obecnej epidemii i odznaczała się przebiegiem tak złośliwym, że już w pierwszych dniach chorzy kończyli życie śród objawów zajęcia mózgu. Mongołowie przestali wierzyć w pomoc lamów, a przypisując niepomyślny obrót choroby złym duchom, rzucali trupy i ciężko chorych śród pola na los Opatrzności, a sami, złożywszy ofiarę gospodarzowi miejscowości, zebrawszy jurtę i dobytek, uchodzili dalej. Wkrótce po moim powrocie do Troickosawska miejscowa władza i pograniczna ludność, zaniepokojone pogłoską o szerzeniu się w Mongolii choroby zakaźnej, w której domyśliwano się dżumy, zwróciły się do mnie z prośbą, bym na miejscu w Mongolii stwierdził rodzaj tej epidemii. Okazało się, że o wiorst 18—20 od miasta, nad rzeką Burą, stały dwie jurty, zamieszkałe przez dwie rodziny; w jednej kobieta z trojgiem dzieci, w drugiej starzec z czworgiem; opodal od nich, w odległości wiorsty, świątynia buddyjska, przy której, jako dozorca, zamieszkiwał starzec „gełnu" (stopień duchowny). Z jego to słów, oraz zeznań innych mieszkańców, dowiedzieliśmy się, że w jurtach tych pojawiła się choroba, którą jedni nazywali „cahan burchanem", inni „chara cicykiem".

Wyznać należy, że w celu odosobnienia chorych użyto tu środków zbyt radykalnych: miejscowe władze wspólnie z sąsiedniemi jurtami, dowiedziawszy się o groźnej chorobie, otoczyły w celach odosobnienia na przestrzeni wiorsty sznurem jurty i nietylko granicy tej nie przekraczali blizcy sąsiedzi, lecz nawet przejezdni Mongołowie i Rosyanie daleko objeżdżali zapowietrzone gniazdo. Tymczasem nieszczęśliwi mieszkańcy jurt zapowietrzonych, odcięci od reszty świata żyjącego, pozbawieni wszystkiego, bo nawet pokarmu i opału, marli, jedni z choroby, inni z chłodu i głodu. Z początku matka wyżebrywała pożywienie dla dzieci, które jej rzucano z litości, lecz po tem odgrodzeniu i to źródło ustać musiało. W krótkim czasie spustoszała pierwsza jurta, umarła matka z trojgiem dzieci, a następnie temu samemu losowi uległo czworo dzieci w jurcie sąsiedniej. Pozostał przy życiu jedyny starzec, który zebrał ubogie swe ruchomości i nie troszcząc się o pozostawione w polu trupy, powędrował o wiorst 20 za rzekę Orchon, gdzie ponoś ospa poczyniła jeszcze straszniejsze spustoszenia. Dopiero w półtora miesiąca po wywędrowaniu starca przybyłem na miejsce i pierwszy przekroczyłem to zapowietrzone koło, w którem śladu prawie nie zostało po wymarłych jurtach. Zapytywałem „Gełuna", jako najbliższego sąsiada, dlaczego, wiedząc o śmierci głodowej, nie przyszedł z pomocą umierającym? Odpowiedział, że sam jeden dozorując świątyni, nie może jej zostawić bez opieki. Smutna rzeczywistość! nieopodal od zorganizowanego społeczeństwa i silnego państwa, tuż przy samej granicy terytoryum rosyjskiego, mrą sobie ludzie bez pomocy, z głodu i chłodu, dzięki swej ponurej ciemnocie. Z Mongolii zawleczono zarazek naturalnej ospy do kraju

Zabajkalskiego, gdzie, chociaż corocznie szczepi się ospę, lecz szczepienie nie jest obowiązującem. Co do Mongołów, to jak wiadomo, chętnie się oni poddają szczepieniu i nawet w niektórych miejscowościach zajmują się tem lamowie, lecz często brak im krowianki. Wróciwszy ze swej wycieczki pod wrażeniem ciężkiego i przygniatającego uczucia, starałem się słowem i piórem poruszyć zobojętniałych i pogrążonych w egoizmie obywateli tutejszych, by skłonić ich do wzięcia udziału w bezpłatnem dostarczaniu krowianki, przynajmniej sąsiednim lamom w Mongolii, jeżeli już nie w celach filantropijnych, to w widokach samoobrony; niestety, dotąd nic jeszcze w tym kierunku nie zrobiono, a ospa coraz bardziej przekracza pierwotne swe granice.

Pomimo lekkiej tegorocznej zimy innych chorób zakaźnych tu prawie nie było; wykazano urzędownie grypę, której mianem lekarze tegocześni nazywają wszelkie gorączki i zakażenia, które dawna medycyna nazywała gorączkami nieżytowemi, gastrycznemi, gośćcowemi lub nerwowemi. Były z rzadka i to na zachód od Bajkału przypadki błonicy, która zresztą we wschodniej Syberyi nie usłała sobie trwałego gniazda; niemniej pomimo rzadkich przypadków sporadycznych czuło się nieraz brak wielki surowicy przeciwbłoniczej, której sprowadzenie z Petersburga wymaga wiele czasu, a ciągłe jej wypisywanie naraża aptekarzy na duże straty. Tym brakom zapobiegł niedawno lekarz w Koływaniu (Gub. Tomskiej), ziomek nasz, Dr. Winter, zakładając własnym kosztem pierwszą w Syberyi stacyę surowicy przeciwbłoniczej, z której będzie mogła korzystać znaczna przestrzeń Syberyi. Miło jest zaznaczyć, że i na dalekich krańcach wschodu, gdzie coraz częściej los rzuca ogromną liczbę szukających chleba lekarzy Polaków, znajdują się ludzie, wyróżniający się swoją wyższą działalnością, jeżeli nie na polu ścisłej wiedzy, co wymaga bardziej sprzyjających warunków, to w zakresie praktycznej działalności społecznej.

Jak to już nieraz zaznaczałem w przeszłych do was listach, zajęcia lekarzy urzędowych na Syberyi po większej części są natury czysto formalnej; niewielka liczba lekarzy dla tak mało zaludnionego kraju byłaby nawet całkowicie wystarczającą, gdyby nie bezmierne przestrzenie i brak wszelkiej organizacyi. Ambulatorya w miejscu zamieszkania lekarza i kilka szpitali w jego obwodzie, po kilkanaście łóżek, uznane są za najbardziej ułatwiające pomoc lekarską, lecz tu także mało przynoszą korzyści wobec rozległych przestrzeni i rozrzuconej na nich ludności; dodać przytem należy, że i urządzenie samych szpitali pozostaje dotąd na najniższym stopniu. W kraju Zabajkalskim pomocy lekarskiej udziela się tylko wtenczas, jeżeli panują choroby zakaźne; spoczywa ona przeważnie na odpowiedzialności felczerów, których w razie potrzeby wzywa władza gminna.

Dla jednolitości działania lekarzy w kraju Nadamurskim ogłoszony został program III-go Zjazdu, który ma się odbyć od 25 do 30 lipca 1903 roku w Błagowieszczeńsku. Na Zjeździe, jak głosi program, będą roztrząsane sprawy, wchodzące w zakres medycyny publicznej, mianowicie: o stanie urzędów lekarskich w kraju; o środkach, jakich użyto podczas ostatniej cholery w roku 1902 i o tych, jakich należałoby użyć w epidemiach następnych; o zarządzeniach zapobiegawczych przeciw zawleczeniu zarazy z Chin; o chorobach zakaźnych, durze plamistym i brzusznym, czerwonce, ospie, płonicy, jaglicy, gruźlicy itd. i zależności ich szerzenia się od przenoszenia się wojska, przejazdu przesiedleńców i osób prywatnych kolejami żelaznemi i żeglugą; dalej: o walce z temi chorobami w miastach, wsiach; o sposobach rozpowszechnienia pomiędzy ludnością zasad higieny zapomocą szkół, broszur, publicznych wykładów itd.; o leczeniu chorób: walka z szerzeniem się przymiotu w punktach zaludnionych; o prostytucyi. Dalej: o ułatwieniu pomocy lekarskiej wiejskiej, o szpitalach, ambulatoryach, lepszem i tańszem dostarczaniu leków, środków opatrunkowych i narzędzi; pomoc chirurgiczna, okulistyczna i położnicza; przytułki dla chorych nieuleczalnych i psychicznych. Nadzór lekarski nad stanem sanitarnym gmin i szkół; organizacya walki z chorobami dziecięcemi i śmiertelność w wieku dziecięcym, wreszcie o bycie lekarzy w kraju Nadamurskim. Jak widzimy program Zjazdu jest obszerny; mają w nim wziąść udział lekarze z kraju Nadamurskiego, obejmującego trzy obwody: zabajkalski, przymorski, południowo-usuryjski i z obwodu kwantuńskiego kolei wschodnio-chińskiej, a więc lekarze różnych prowincyi. Czy będą z tych rozpraw Zjazdu jakieś istotne korzyści, czy wprowadzą ulepszenia i zmiany? wątpić należy; raczej obawiać się należy, że pozostaną martwą tylko literą, albowiem przestrzenie, z których przybędą przedstawiciele medycyny, obejmujące niezmiernie wielkie obszary, począwszy od Bajkału aż do oceanu wschodniego i od Leny do zatoki piczylijskiej, przedstawiają tak różnorodne warunki klimatyczne i zdrowotne, tak odrębne z pochodzenia i kultu warunki bytu ludności, że wytworzyć i zastosować w praktyce jakiś plan ogólny i program dla wspólnej działalności lekarzy jest prawie niepodobieństwem. *Jan Iłgowski.*

## IX. Z dziejów medycyny w Polsce.

Przez

**Bł. p. prof. dra Józefa Oettingera.**

(Ciąg dalszy).

### Lekarstwo w Czechach.

Około r. 1320 byli już w Pradze publiczni lekownicy, gdyż wzmiankowany jest Henryk Szwab. Na ówczesne stosunki lekarskie przed założeniem Uniwersytetu praskiego ciekawe rzuca światło przebieg choroby ocznej króla Jana. Tenże mając lat 42 w r. 1337 zapadł na oczy w wyprawie krzyżowej przeciw Litwinom, w której towarzyszył mu królewicz Karol, liczący lat 21. Powracając radził się lekarza francuza w Wrocławiu; gdy się cierpienie śród leczenia pogarszało, kazał lekarza utopić w Odrze. Przyjechawszy do swej stolicy do Pragi, zasięgnął pomocy lekarza arabskiego, który podjął się zadania, pod warunkiem atoli, że nie dozna losu swego kolegi wrocławskiego. Nie pomogły jednakże żadne starania, król oślepł na jedno oko. W r. 1339 mimo, że i drugie oko zagrożone było utratą wzroku, król z synem swoim Karolem brał udział w wojnie francuzkiej i udał się do Montpellier, by poradzić się słynnego Gwidona z Kanliaku, który mu później poświęcił rozprawę o zaciemku — w r. 1340 ociemniał zupełnie.

Pod r. 1338 w księgach miejskich praskich znajduje się wzmianka o domu *„in platea calcariatorum, quam inhabitat. discretus vir Henricus, medicus oculorum"*. Hasner wyraża domysł, że to może ten sam, któremu w opiekę król oddał swoje cierpiące oko. Może to całe zdarzenie przekonało królewicza tem bardziej o potrzebie zaprowadzenia lepszej pieczy lekarskiej w kraju przez wykształcenie lekarzy, a zatem i o konieczności założenia w tym celu szkoły głównej; wpłynęło ono może na wykonanie tego zamiaru, gdy później na tron po ojcu wstąpił. Jakoż władca ten wychowany na dworze Karola Pięknego pod okiem uczonego opata Rogera (Klemensa VI), wykształcony w uniwersytecie paryzkim, później jako namiestnik Włoch obcujący z najuczeńszymi mężami swojego wieku, miał przy boku swoim ojcowskiego przyjaciela Ernesta z Pardubic, biegłego w naukach, nabytych w uniwersytecie bonońskim i padewskim. Staraniem obu stanął uniwersytet w Pradze w r. 1348. Z początku i tu wydział lekarski nie miał urządzenia ustalonego i był połączony z wydziałem tak zw. artystów, czyli filozoficznym. Rozdział nastąpił dopiero później. I tak w r. 1392 ustanowiono kolej starszeństwa wydziałów, wedle której po teologach szli prawnicy, a po nich lekarze, na ostatku artyści.

Z lekarzów czynnych między r. 1348 a 1367 przytacza Hasner następujących: Magister (Mistrz) Wolther, lekarz przyboczny króla Jana, o ile się zdaje i Karola aż

do r. 1348. Król poruczył mu rektorstwo szkoły Panny Maryi z prawem uczenia w nowo-założonym uniwersytecie medycyny, fizyki i jakiegobądź przedmiotu, wedle własnego upodobania. Magister Gallus (Mistrz Havel), mianujący się już: *Canonicus in Summo*, już: *de Strahov*. Stopnie otrzymał za granicą, może w Paryżu. Po r. 1348 następca poprzedniego przy boku króla. Prawdododobnie wykładał w uniwersytecie astronomią i medycynę, może między 1350 do 1360. Pozostały po nim pisma następujące: *1) Regimen sanitatis ad Carolum Imperatorem*, wydane dopiero w roku 1819 w Pradze p. Dra Fr. Müllera: *Vitae vivendae ratio in grat. Carol. IV. a mag. Gallo medico et mathematico conscr.* *2) Tractatus urinarum* (rękopis uniw. prask.) w XV. stuleciu miał być drukiem ogłoszony. Wylicza różne barwy moczu i ich znamionującą wartość. *3) Excerpta de libris medicorum, tractatus de apostematibus pestilentiae.*

*Nicolaus de Gevička*, Mikołaj Gewiczka zwany także de Moravia. Olomicensis-Pelzel *(Gesch. d. Böhm. p. 244)* twierdzi, że on pierwszy uczył lekarstwa w nowym uniwersytecie i że dodano mu później drugiego Baltazara z Domażlic. Tomek *(Gesch. d. Univ.)* wzmiankuje tylko jako pierwszych mistrzów tegoż Baltazara i wyżej wzmiankowanego Waltera. Jeżeliby istotnie należał do pierwszych nauczycieli szkoły głównej, to za granicą musiał otrzymać stopnie naukowe i przez długi czas zajmować katedrę, bo na 21 lat po założeniu Uniwersytetu jest wspomniany w księgach tegoż zakładu.

Zdaje się więc, że w pierwszych latach po założeniu Uniwersytetu czterech było profesorów lekarstwa, z tych dwóch było zarazem lekarzami królewskimi: Walther i Gallus, obaj stanu duchownego, jeden rodu szlacheckiego Gevicka, a nakoniec w kilka lat później Baltazar Tiotanus, czyli z Damaźlic. Uczono zaś jak wszędzie dyetetyki, nauki o lekach, o moczu, aforyzmów Hipokrata i praktyki wedle Galena, Awicenny, Razesa.

We 20 lat szkoła znaczniejszy wydała poczet lekarzów, pomiędzy nimi najznakomitszym jest: Zygmunt Albicus, urodzony w Unczowie w Morawii z rodziców niemieckich („byl nemec přinozený“ st. letop) r. 1347. Nauki pobierał w Pradze, gdzie w r. 1382 otrzymał stopień bakalarski. W r. 1357 zapisał się na wydział prawniczy, a w r. 1389 tych nauk został bakałarzem; stopień doktora praw uzyskał w Padwie.

Wreszcie w Pradze po ukończeniu nauk lekarskich wieniec doktora medycyny otrzymał. Był ulubionym lekarzem przybocznym króla Wacława, a synowi tegoż ces. Zygmuntowi rady także udzielał. Trzydzieści lat uczył z katedry.

Zdaje się, że był żonaty, lecz owdowiawszy przyjął niższe święcenia duchowne. Po śmierci arcybiskupa Zbyňka z Berki w r. 1411, na życzenie króla przedstawiła go kapituła na stolicę arcybiskupią, której jednakże długo nie zajmował, zrażony sporami kościelnymi, utrudniającymi to wysokie stanowisko. Jakoż rzeczywiście ściągnął na siebie niechęć obu stron, gdyż zwolennicy Husa przezywali go, stronnicy zaś papiescy pomawiali o sprzyjanie zasadom Wikleffa i Husa. Wogóle skromny tryb życia w przeciwieństwie do przepychu, z jakim występować zwykli inni dostojnicy kościelni tegoż stopnia, naraziły go na zarzut sknerstwa. Zamienił tę książęcą godność duchowną na probostwo wyszo-hradzkie, z którem połączone było najwyższe kanclerstwo przy dworze królewskim. Zapewne do końca życia nie wyrzekł się czynności lekarskich. Z powodu zaburzeń hussyckich schronił się naprzód do Ołomuńca, a stąd do Węgier. Umarł 23 lipca 1427, w 80 roku życia swego. Pisma jego wysoko były cenione, a Hasner chwali ich jasność, zwięzłość, dokładność, praktyczny kierunek i samodzielność poglądu, mimo i wobec nieomylnych powag tego wieku.

Celniejsze z nich są:

1) *Tractatulus de regimine hominis compositus p. mag. et* Dr. Albicum *archiepisc. prag.* Lipczk, Marcus Brand 1484. 4. gotyckim drukiem. Zwano to pismo także *Vetularius*. Znajdują się tam zasady, jak n. p. *O gaudium, o solatium, motus et labor. Interpone tuis interdum gaudia curis. Ecce vulva muliebris est spoliatrix totius vitae humanae. Non est potus nisi vinum, non est cibus nisi caro, non est gaudium nisi mulier.*

2) *Medicinale Mgri* Albici *Epis. Prag.* 1438. in 4-to.

3) *Regimen tempore pestilentiae* Albici *medici* 1484 do 1487 w Lipsku.

4) *Remedium contra rheuma mgri* Albici, *quod misit ante obitum suum Sigismundo imperatori. 1 karta.*

Hasner upatruje w Albiku ślady kierunku reformatorsko-zbawiennego w dziedzinie także sztuki lekarskiej, lecz nasiona te, rzucone na ziemię stratowaną hufcami zapalczywych zapaśników, nie mogły się przyjąć, a okrucieństwa wojen husyckich przyćmiły znowu jasną zorzę oświaty, która pod dwoma Luksemburczykami Karolem i Wacławem nad Czechami zajaśniała.

## X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

### Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

## Statystyka miasta Krakowa zestawiona przez Biuro statystyczne miejskie.

Kilka uwag i spostrzeżeń zebranych po wydaniu Zeszytu VIII. z r. 1902

Podał

**Dr. J. Gwiazdomorski.**

Wiadomo powszechnie, jak poważną rolę odgrywa statystyka w medycynie zarówno praktycznej, jak i zapobiegawczej. To też prace statystyczne, choćby podejmowane nie wyłącznie w tych celach, budzą zawsze poważny interes u lekarzy, z których jednak tylko bardzo niewielu ma czas i sposobność do przestudyowania odnośnych publikacyi. Z tych powodów postanowiliśmy zebrać najważniejsze dla lekarzy szczegóły z wyżej przytoczonego wydawnictwa, którego Zeszyt VIII niedawno się ukazał, tem więcej, że oddany w lutym 1901 roku do publicznego użytku wodociąg miejski wpłynie zapewne w latach następnych na odmienne ukształtowanie się liczb.

Podejmując jednak dziś nasze zadanie, musimy choćby w kilku słowach dotknąć historyi Biura statystycznego, które na podstawie uchwały Rady miasta z dnia 9 lutego 1882 roku otwartem zostało i zorganizowanem przez wybranego dyrektora, śp. Prof. Dra J. Kleczyńskiego z początkiem roku 1884.

W pierwszych trzech latach musiało Biuro, rozporządzające bardzo nielicznemi siłami, uporządkować, uzupełnić i sprawdzić materyał, zbierany wprawdzie przez władze miejskie, lecz w przeważnej części wysyłany bez zostawienia odpisów władzom wyższym. Przekonano się, że, — nie mówiąc już o datach z lat dawniejszych, — daty z ostatniego spisu ludności w roku 1880 są tu w wielu względach niedostateczne. Wypadło luki te, ile było można, uzupełnić, system zbierania szczegółów każdorocznych zmienić (na system kartkowy), nowe działy potworzyć (dobroczynność, szkolnictwo i t. d.), zawiązać stosunki z biurami innych miast itd. To też nie można się dziwić, że pierwszy zeszyt statystyki wydanym został dopiero w roku 1887, a choćby pobieżne studyum tego Zeszytu daje wyobrażenie, z jakiemi trudnościami Biuro miało do walczenia.

Treść tego Zeszytu odnosi się głównie do liczb z ostatniego spisu ludności w roku 1880, uwzględniając ile możności porównawczo daty z lat poprzednich; nie zawiera jednak jeszcze najważniejszego działu, zwanego zawodowo ruchem ludności, a obejmującego zmiany, zachodzące z roku na rok. Biuro musiało bowiem stworzyć sobie naprzód podstawę zasadniczą na pewnych danych, opartą na uzupełnionym i uporządkowanym materyale, aby módz rozwinąć obraz zmian zbieranych corocznie. Otóż prace dotychczasowe, a w tym Zeszycie przeważnie ogłoszone, są właśnie tą podstawą zasadniczą. Tu należą: powierzchnia miasta, czyli jego przestrzeń, ulice, domy, stosunek powierzchni zabudowanej do niezabudowanej, ludność, rodziny i partye, obwody i parafie, ludność według pochodzenia, przynależności, płci, wieku, wyznania itd., stan cywilny ludności i dział ostatni: ułomni.

Zeszyt II, wydany w roku 1889, obejmuje uzupełnienia dat, odnoszących się do ścisłego oznaczenia liczby domów, mieszkań, dalej odprowadzenia nieczystości domów z roku 1886 itp. Następnie po raz pierwszy ruch ludności, ale dopiero z roku 1887, dalej statystyka dzieci w wieku szkolnym za rok 1885/6, — wreszcie statystyka biednych i dobroczynności publicznej za rok 1885.

Zeszyt III wydany w roku 1892 zawiera: ruch ludności za lata 1888, 1889 i 1890, lecz rubryka urodzeń obejmuje lata 1887, 1888 i 1889; dalej ogólne wyniki spisu ludności z roku 1890, daty tyczące konsumcyi miasta z lat 1878 do 1888, — wreszcie ceny zboża i ziemniaków z lat 20 (1870—1889).

Zeszyt IV wydany w roku 1894 zawiera statystykę posiadłości, domów, mieszkań i ich zaludnienia z roku 1890, szczegóły ze spisu ludności w roku 1890 i ruch ludności z lat 1891 i 1892.

Zeszyt V, wydany w roku 1896, zawiera: ruch ludności z lat 1893 i 1894 i zupełnie nowy dział: statystykę dochodów i wydatków gminy na podstawie zamknięć rachunkowych od roku 1867 po koniec roku 1894.

Zeszyt VI, wydany w roku 1898 zawiera: ruch ludności z lat 1895 i 1896, dalej daty, tyczące konsumcyi miasta (patrz Zeszyt III) z lat 1889—1896, dalej dział nowy p. t. „Statystyka pożarów z lat 1877—1896“, — wreszcie statystykę dochodów i wydatków gminy z roku 1895.

Zeszyt VII, wydany w roku 1900, już po śmierci dotychczasowego kierownika biura, ś. p. Prof. Kleczyńskiego, zawiera: daty o ruchu budowlanym w latach 1891—1897, ruch ludności z lat 1897 i 1898, daty o szkołach ludowych z lat 1890—1891, opieka nad ubogimi w roku 1898, — wreszcie stosunki konsumcyjne i targowe w latach 1897 i 1898.

Zeszyt VIII, wydany w roku 1902 pod redakcyą Dra Rudolfa Sikorskiego, zawiera siedem nowych działów i jest w całości bardzo starannie opracowany.

Z zestawienia treści wydanych dotąd Zeszytów przekonywamy się dowodnie, że Biuro statystyczne stale rozszerza ramy swych publikacyi; z treści zaś widzimy, że każdy z działów bywa coraz szerzej i gruntowniej opracowywany. To też o wydawnictwo to zgłaszają się coraz liczniejsze Biura statystyczne innych miast z propozycyą wymiany swych publikacyi.

Zdaje nam się jednak, że dziś po blizko dwudziestoletniej wytrwałej i tak w owoce obfitej pracy naszego Biura statystycznego, byłoby już możliwem, a z pewnością jest pożądanem, wprowadzenie ujednostajnienia wydawnictwa, by każdy Zeszyt obejmował daty ze wszystkich działów statystyki i z jednego lub dwóch lat wspólnych całemu Zeszytowi, by czytający wiedział z góry, które lata danym Zeszytem są objęte, i że z tego okresu wszystkie daty każdego działu tam się znajdują. Podnosimy to, bo przekonaliśmy się sami, jak dotychczasowy system wydawnictwa utrudnia wykorzystanie mozolnej i tak poważnej pracy Biura, jak trudno jest, chcąc zestawić liczby z pewnego szeregu lat, wyszukać je po różnych Zeszytach. W ten sposób przychodzimy także do drugiego żądania, które pod adresem nowej redakcyi ośmielamy się wypowiedzieć. Chodzi o dodanie przynajmniej w niektórych działach zwięzłych zestawień porównawczych z dłuższego szeregu lat, zwłaszcza co do ruchu ludności. Jako przykład mogą posłużyć sporządzone przez nas poniżej zestawienia. (Ciąg dalszy nastąpi).

## XI. Wiadomości bieżące.

*Kraków, dnia 25. czerwca.*

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem 1) kol. Dr. Latkowski mówił „O nowych badaniach dróg moczowych“. 2) kol. Dr. Latkowski okazał kultury influency z przypadku, obserwowanego w klinice chorób wewnętrznych i wspólnie z kol. Dr. Flisem poczynił uwagi nad przypadkami influency, która z odmiennymi a do tej pory nie spostrzeganymi objawami panowała w drugiej połowie maja w Krakowie.

(*L.*) W dziejach Towarzystwa samopomocy lekarzy zaszedł ważny fakt, mający doniosłe znaczenie dla niezbędnej w naszym kraju organizacyi stanu lekarskiego. Dnia 22 czerwca b. r odbyła się w Krakowie ostateczna konferencya Wydziału Tow. samopomocy z delegatami lwowskiej Komisyi organizacyjnej, na której podpisano obopólną szczegółową umowę, zredagowaną w kilkunastu paragrafach przez Wydział Tow. samopomocy lekarzy na podstawie uchwał wstępnej konferencyi, odbytej dnia 14 czerwca we Lwowie.

Na mocy tej umowy zostanie odpowiednio zmienionym statut Towarzystwa samopomocy tak, że zamierzona przez kolegów lwowskich organizacya oprze się na istniejącym już od lat trzech Towarzystwie samopomocy lekarzy. Najważniejsze punkta zasadnicze zawartej umowy polegają na decentralizacyi dla spraw lokalnych, centralizacyi zaś dla spraw ogólno-lekarskich. W tym celu w mieście Lwowie utworzoną zostanie Reprezentacya Tow. samopomocy dla okręgu lwowskiego, której zadaniem będzie administracya miejscowa i załatwienie samoistne spraw czysto lokalnych, do czego Reprezentacya ta wybierać będzie swój własny Zarząd Takie same Reprezentacye okręgowe z szeroką autonomią dla spraw miejscowych utworzone zostaną po kolei, w miarę przybytku członków, w poszczególnych siedzibach sądów powiatowych. Zarząd sprawami, obchodzącemi ogół lekarzy w kraju, zarząd wspólną kasą Towarzystwa i kasą pogrzebową, spoczywać będzie nadal w ręku centralnego Wydziału Towarzystwa, którego siedzibą pozostaje, jak dotąd, miasto Kraków. W Wydziale tym jednak Reprezentacye okręgowe mają przyznany odpowiedni do liczby członków danego okręgu stosunek głosów rozstrzygających.

W celach obrony interesów stanu lekarskiego wydawanem będzie we Lwowie przez osobny Komitet redakcyjny pismo dwutygodniowe, na które Tow. samopomocy ofiaruje w roku bieżącym 1000 kor. subwencyi, zastrzegając sobie prawo bezpłatnego umieszczania sprawozdań, odezw i t. p. Pismo to ma być zupełnie niezależne tak, aby z całą swobodą bronić mogło słusznych żądań ogółu kolegów; dla tego też Komitet redakcyjny nie wyjdzie z łona żadnego z istniejących już w kraju Towarzystw, lecz z wolnego wyboru ogólnej konferencyi koleżeńskiej.

Porozumienie więc, jakie nastąpiło, nie tylko w punktach zasadniczych, ale w najdrobniejszych szczegółach, między Lwowem a Krakowem, daje rękojmię, że sprawa złączenia wszystkich kolegów w kraju pod jednem wspólnem hasłem obrony zagrożonych coraz bardziej interesów zawodowych pójdzie od tej chwili daleko raźniej naprzód i że niedługo już zorganizowani w jeden zastęp lekarze galicyjscy zdobędą łatwiej to, czego jednostki wywalczyć nie są w stanie.

* Komisya organizacyjna lekarska rozesłała odezwę, podpisaną przez prof. Dr. G. Ziembickiego (prezesa), Dr. Sz. Mikołajskiego (sekretarza), oraz 13 członków, wzywającą lekarzy lwowskich i prowincyonalnych na konferencyę w d. 28 b. m. o godzinie 10 rano, w sali »Domu Narodnego«. Celem konferencyi będzie organizacya stanu lekarskiego, oraz założenie czasopisma, poświęconego wyłącznie obronie interesów zawodu lekarskiego, z pominięciem treści ściśle naukowej.

Wszelką korespondencyę w sprawach tej konferencyi należy adresować do Dr. Szczepana Mikołajskiego (Lwów, ul. Sniadeckich, 6).

* Dziekan Wydziału lekarskiego U. J. rozpisuje konkurs na posadę demonstratora przy katedrze chemii lekarskiej. Roczna płaca wynosi 600 koron. Podania przyjmuje kancelarya Wydziału lekarskiego do d. 8-go lipca b. r. — Doktorzy wszechnauk lekarskich mają pierwszeństwo.

* Prof. nadzwyczajny anatomii patologicznej w Uniwersytecie warszawskim, Dr. Przewoski, mianowany został profesorem zwyczajnym tegoż przedmiotu.

* Dr. Karol Łuniewski mianowany został ordynatorem warszawskiej położniczo-ginekologicznej kliniki uniwersyteckiej.

Dr. Korzeniowski mianowany został ordynatorem nadetatowym szpitala Dzieciątka Jezus.

* Dziekanem Wydziału lekar. Uniwers. wiedeńskiego na r. $190^3/_4$ wybrany został prof. Weichselbaum.

* O pierwszym wiecu austryackich słuchaczów medycyny tygodniki wiedeńskie odzywają się korzystnie, wychwalając wzorowe urządzenie i doniosłość wygłoszonych odczytów.

* Między 3 a 9 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), brzeżańskim (2 gm.), buczackim (1 gm.), cieszanowskim (1 gm.), czortkowskim (2 gm.), dobromilskim (1 g.), gorlickim (2 g.), horodeńskim (3 g.), kałuskim (2 g.), lwowskim (1 g.), łańcuckim (1 g.), mościskim (2 g.), nadworniańskim (2 g.), podhajeckim (1 g.), przemyskim (1 g.), przemyślańskim (2 g.), przeworskim (1 g.), rawskim 2 g.), rudeckim (1 g.), śniatyńskim (1 g.), staro-samborskim (1 g.), stryjskim (1 g.), tarnowskim (2 g.), tłumackim (1 g.), trembowelskim (2, g.), zaleszczyckim (2 g.), złoczowskim (3 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXII (31—V—6—VI). Ludność średnia roczna wynosi 95,925.

W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 10, urodziło się dzieci 83, zmarło osób 63, mianowicie: z gruźlicy 10 (1 zam.), z zapalenia płuc 4 (3 zam.), z błonicy 4 (1 zam.), z płonicy 4 (zam.), z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery niemowląt 6 (1 zam.).

**Mianowania i odznaczenia.** Na stanowisko dyrektora kliniki chorób wewnętrznych, opróżnionej przez śmierć prof. Pasternackiego powołany został prof. Sirotinin Dyrektorem kliniki lekar. w Erlandze mian został Dr. Penzoldt.

**Nekrologia.** D. 19 b. m. zakończył życie w Wiedniu profesor chirurgii, Dr. Karol Gussenbauer. Zmarły przyszedł na świat w Karyntyi r. 1842. Stopień doktora medycyny otrzymał w Wiedniu r. 1868. Od pierwszej chwili po uzyskaniu dyplomu poświęcił się chirurgii, wkrótce został asystentem prof. Billrotha i w tym charakterze był czynny w klinice wiedeńskiej do r. 1874, w którym habilitował się, a w r. 1875 mianowany został profesorem chirurgii w Leodium. W r. 1878 zajął stanowisko dyrektora kliniki chirurgicznej w niemieckim Uniwersytecie w Pradze, a w 1894 powołany został na następcę Billrotha w Wiedniu. Brał czynny udział w społecznem życiu lekarzy, był prezydentem II giej Izby lekarskiej wiedeńskiej, a na stanowisku rektora Uniwersytetu wiedeńskiego rzuciła go na łoże ciężka choroba sercowa, która przecięła żywot zacnego człowieka, głębokiego myśliciela i jednego z najzdolniejszych chirurgów nowoczesnych. Nie licząc prac pomniejszych, pozostawił 13 monografij, posiadających istotną wartość naukową. Jedną z ostatnich jego prac była mowa rektorska p. t. »Mózg i dusza. w której odźwierciedlił głębie szlachetnej duszy własnej.

D. 5. czerwca zakończył życie w Pawłowsku (pod Petersburgiem) znany neurolog, prof. Józef Moczutkowski, w wieku lat 58. Zmarły był wychowańcem kijowskiego uniwersytetu, który ukończył w r. 1869. W ciągu 16 lat kierował szpitalnym oddziałem chorób nerwowych w Odesie. W r. 1893 mianowany został profesorem chorób nerwowych w klinicznym Instytucie W. Ks. Heleny Pawłówny i na tem stanowisku pracował do r. 1901, w którym ciężka choroba zmusiła go do wycofania się z działalności nauczycielskiej i naukowej. Pozostawił poważną liczbę rozpraw, z których niektóre nabrały szerokiego rozgłosu. Ś. p. Moczutkowski nie pozostawił w ojczystem piśmiennictwie żadnych śladów swej naukowej działalności.

W Petropawłowsku zmarł Dr. Konstanty Dobrowolski w 53 r. życia. Wszystkie lata swej działalności zawodowej spędził na dalekim Wschodzie. W Heidelbergu zakończył życie sławny anatom Gegenbaur w wieku 76 lat. Dr. Jürgens były asystent prof. Virchowa zmarł w 61 r. życia.

**Bibliografia:**

— *Przegląd higieniczny* Nr. 6. Bobrowski: Kilka uwag o higienie kolei żelaznych.

*Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Z. 1. Polański: Fizyczna charakterystyka osób dotkniętych gruźlicą (specyalnie gruźlicą płuc). Kijewski: O wycinaniu płuc. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce.

— *Postęp okulistyczny* (Maj). Noiszewski: Przyrządy kontrolujące celność (doprzedmiotowanie). Reiss: Przyczynek do kazuistyki przybłoniaków okołogałkowych (*carcinoma peribulbare*). Wicherkiewicz: Tak zwana „nowa choroba krakowska“.

— *Medycyna* Nr. 24. Bogdanik: Urazowe pęknięcie kiszki grubej. W. Sterling: Przyczynek do badań nad chorobą Morwana i nad powstawaniem jam w rdzeniu (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 24. Machek: O wartości leczniczej jekwiritolu i surowicy jekwiritolowej Frenkel: Czy bywa nierówność źrenic u ludzi zupełnie zdrowych? Gajkiewicz: Kilka słów o odruchowem zwężaniu się źrenic, a mianowicie o najnowszej teoryi Nicola Majano.

*Liečnički Viestnik* Nr 6. Kršniavi: Vundtov psiholožki laboratorij. Joanovič: Slučaj o gnojenja guše z bakteriolożkoga gledišta. Thierry: Ruptura urethrae.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 24. Pelnař: Achondroplasie u 55-letého muže. Nalez pitevni. Heveroch: Kasuistický příspěvek k achondroplasii Pelnař: Nový případ achondroplasie ve věku 56 lat. Lhoták: Rozprawa o antointoxikaci, vnitřni sekreci a funkci antitoxické

— *La Presse medicale* Nr. 46. Variot: Rozpoznanie gruźliczego zapalenia błon mózgowych a nakłócie lędźwiowe. Desnos: Trwałe wyniki leczenia zwężeń cewki moczowej.

Nr. 47. Kelly: Początek dziejów zapalenia wyrostka robaczkowego we Francyi Romme: Wczesne porażenie podniebienia miękkiego w błonicy. Wypłókanie krwi *(lavage du sang)* w porażeniu błoniczem. Rzekome nawroty błonicy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 24. Dunbar: W sprawie etyologii i swoistego leczenia gorączki siennej. Grossmann: Przyczynek do nauki o wydzielaniu kwasu moczowego i indykanu w przebiegu dny. Casper: Leczenie przerostu gruczołu krokowego. Pick i Poll: O godnej uwagi budowie guzów z patologii zwierzęcej, w szczególności o nowotworach dobrotliwych i rakowatych u zimnokrewnych (c. d.). Danelius i Sommerfeld: Leczenie suchot płucnych (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 24. Gaertner: Przyrząd dla kontrolowania tętna w uśpieniu Martin: Strona techniczna sfigmomanometru Riva-Rocciego i tonometru Gärtnera. Anselm: Zabiegi lecznicze przy położeniu twarzowem. Richter: O objawie paluchowym Babińskiego. Longard: Przyczynek do sprawy usypiania eterem. Günther: Złośliwa epidemia płonicy. Schulhof: Ostra niedrożność przewodu pokarmowego, wywołana glistą ludzką. Hess: Dodatkowe uwagi do rosprawy Dr. Clemensa: Przypadek zrostu osierdzia, wyleczony operacyą Talmy.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 25. Sachs: Wyniki 10-letniego stosowania kleszczy w klinice Chrobaka. Mareus: Doświadczalne badania nad cofaniem się moczu z pęcherza ku miedniczkom. Exner: Leczenie guzów promieniami Röntgena. Payr: Leczenie palca zaskakującego (schnellender Finger). Fuchsig: W sprawie rozlanego posoczniczego krwotoku żołądka

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 25. Blumenthal: Destrukcya ciał białkowatych podczas głodzenia. Aronson: Dalsze doświadczenia z paciorkowcami. Casper: Smierć z choroby nerkowej niewydolność nerek i badanie ich czynności. Reichard: Sześćdziesiąt przeszczepień ścięgien. Rothmann: Schorzenie sznurów bocznych a kurczowe porażenie rdzeniowe (dok.).

**Redakcya otrzymała.** Porádi: Ueber die Behandlung der Uterusgonorrhoe bei Prostituierten.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 1502/1903. Jarosław, dnia 30 maja 1903.

## KONKURS.

Wydział powiatowy Jarosławski rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą **w Moszczanach.**

Do okręgu tego sanitarnego należy 18 miejscowości z ludnością 15.202 dusz.

Lekarz okręgowy pobierać będzie płacę z funduszów powiatowych 1000 koron i ryczałt na koszta podróży ustanowiony przez Wydział krajowy 600 koron rocznie.

Pobory te płatne są w ratach miesięcznych z góry.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego muszą prócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać warunki wymagane w § 7 i 8 ustawy z dnia 28 lutego 1891 Nr. 17. Dziennika ustaw i rozporządzeń krajowych — mianowicie:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonania praktyki lekarskiej.

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języków krajowych;

5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Dostateczną fizyczną zdatność należy udowodnić świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskiem potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego.

Obowiązki lekarza okręgowego są bliżej określone w instrukcyi służbowej nadanej na zasadzie § 14 ustawy krajowej Nr. 83 dziennika ustaw i rozporządzeń krajowych z dnia 31 grudnia 1891 roku.

Prócz tego będzie miał lekarz okręgowy obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Między kandydatami będą mieć pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Zauważa się przytem iż w Moszczanach utrzymują Siostry Miłosierdzia szpital.

Podania należy wnosić najpóźniej do 20 lipca 1903 do wydziału Rady powiatowej w Jarosławiu. Posada nadana zostanie tymczasowo na rok jeden, po upływie którego nastąpić może stabilizacya.

**Z Wydziału Rady powiatowej.**

---